Nr. 2. 8 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Anna Mikiewiczówna i Stanisław Progulski. Lwów.

O zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym w najwcześniejszym okresie kiły wrodzonej.

Z kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, Prof. Dr. F. Groer.

Pogląd, że kiła jest chorobą zakaźną ogólną a nie wyłącznie skóry i błon śluzowych, zrodził potrzebę dokładniejszego badania różnych organów w różnych okresach tej choroby. Przedmiotem szczególniejszego zainteresowania stał się okres pierwszych zmian wysypkowych jako termin zmian najwcześniejszych, będących wyrazem uogólniania się zarazka w ustroju. Wiadomo bowiem, że w tym okresie zalew organizmu krętkami jest już dokonany, wobec czego możliwość uszkodzeń poszczególnych narządów wewnętrznych i odczynu z ich strony jest bardzo prawdopodobna. W kile wrodzonej opanowanie ustroju przez zarazek dokonywuje się w sposób niezwykle ene giczny, a skutki tegoż przypadają na czas najżywszego rozwoju organizmu.

Ożywione rozważania w ostatnich czasach na temat t. zw. nerwowych nawrotów (neurorecydywy) i stosunku ich do terapji salwarsanowej zwróciły uwagę na zachowanie się środkowego układu nerwowego we wczesnych okresach zakażenia. Badania te wykazały, że układ nerwowy już w czasie pierwszych zmian wysypkowych na skórze, a nawet przed ich wystąpieniem, dotknięty jest poważnemi zmianami chorobowemi. Częstość ich, wedle przeprowadzonych dotąd obliczeń, ma wynosić 20—40% wszystkich przypadków dotkniętych kiłą wczesną. Mimo to uchodziły one dotychczas najczęściej klinicznemu spostrzeganiu, a to dlatego, że brak im było dość wyraźnego ujawnienia na zewnątrz, a powtóre i dlatego, że w badaniu kiły wczesnej, wyznać to trzeba, zanadto przyzwyczajeni byliśmy do rozpatrywania przedewszystkiem zmian na skórze i błonach śluzowych. Nadto stwierdzanie zaburzeń ze strony układu nerwowego u osobników z kiłą wrodzoną w okresach najwcześniejszych, należy do zadań zazwyczaj trudnych. Dotyczy ono bowiem niemowląt, u których z natury rzeczy pierwsze objawy zmian nerwowych bywają mało uchwytne. Odpada tu przedewszystkiem możność zużytkowania objawów podmiotowych chorego, jakie dla rozpoznania u dorosłych mają pierwszorzędne znaczenie, a więc bóle głowy, zachowanie się stanu psychicznego, zaburzenia ze strony narządów zmysłowych itd. I tak badanie słuchu u niemowląt usuwa się prawie zupełnie z zakresu możliwości, podczas gdy zmiany ze strony ucha wewnętrznego u dorosłych z wysypką kiłową należą do bardzo częstych; wedle zestawień Becka, spotyka się je w 80% przypadków. Bardziej już dostępnem, jakkolwiek tylko dla wprawnych specjalistów, jest wziernikowe badanie narządu wzrokowego. Hirschberg zwrócił uwagę na bardzo wcześnie pojawiające się pierwotne zapalenie siatkówki i nerwu ocznego u dzieci kiłowych. Japha żąda wprost, aby w każdym przypadku podejrzanym na kiłę wrodzoną dokonywać badania dna oka. Heine stwierdza już bardzo wcześnie w 81% kiłowych osesków zapalenie nerwu wzrokowego i to nawet u kilkunastodniowych noworodków. Nerw oczny jest częścią tkanki nerwowej, pod względem rozwojowym bierze on swój początek z układu nerwowego środkowego, to też częstość jego zmian chorobowych świadczy o częstości schorzeń kiłowych w tymże układzie w ogólności.

Do stosunkowo częściej spotykanych objawów nerwowych u niemowląt kiłowych zaliczyć należy pozornie nieuzasadnione krzyki, zwłaszcza w nocy, na jakie użalają się matki. Już dawniej zwracał na nie uwagę Fereira i Sisto. Nieraz bywały one wczesną zapowiedzią zmian kiłowych na skórze, które dopiero później się ujawniały. U wszystkich „krzyczących“ dzieci stwierdzał Heine zapalenie nerwu wzrokowego.

Podobnie jak i klinicysta, także i anatom-patolog nie wiele nam mówił o zmianach tkanki nerwowej w wczesnej kile, prawdopodobnie dlatego, że nie często miał sposobność spostrzegania ich na stole sekcyjnym. Nie bywały one przyczyną zejścia śmiertelnego, leczone, zaś rychło ustępowały. Dlatego opisów dotyczących niemowlęcego wieku jest na ogół nie wiele, a zwłaszcza brak takich przypadków, któreby za życia zdradzały się jakimikolwiek objawami nerwowymi. Dawniejsze opisy Toblera, Rankego i Weyla, ograniczające się do niewielu przypadków, stwierdzają, że opony miękkie mózgu bywają w różnych obszarach zgrubiałe, a w naciekach spotyka się wielkie komórki okrągłe, częściowo limfocyty, rzadziej leukocyty. Nacieki te obejmują również pochewki naczyń limfatycznych. Podobne zmiany zauważono i w samej tkance mózgowej; w sąsiedztwie ich leżące komórki nerwowe ulegały zwyrodnieniu. Badania z nowszych czasów pochodzące wykazują nadto, iż zmiany dotyczą również błony wewnętrznej naczyń krwionośnych, jakoteż ich opon mózgowych, gdzie tworzą się przeważnie nacieki limfocytarne, bądź składające się z komórek plazmatycznych. Główną ich siedzibę stanowi podstawa mózgu, okolica mostu i skrzyżowania nerwów wzrokowych. Następstwem zadrażnienia tkanki nerwowej przez wtargnięcie krętków kiły ma być, zdaniem Königsteina i Spiegla, bujanie gleji w poszczególnych drogach nerwowych, co przypomina już zmiany, jakie zwykły się zjawiać w późniejszych okresach kiły n. p. wiądu rdzenia.

W badaniach doświadczalnych spostrzegał Steine u zakażonych kiłą królików z objawami jawnymi zmiany zapalne w pochewkach naczyń chłonnych tak w tkance mózgowej, jak i w oponach mózgowo-rdzeniowych. Jakob potwierdził powyższe wyniki. Zmiany te były podobne do zmian spotykanych u chorych ludzi z meningoencephalitis luetica.

Wszystkie opisane powyżej schorzenia tkanki nerwowej, dające jednak tylko czasami objawy kliniczne, stają się zrozumiałe wobec stwierdzonego faktu, że krętki dostają się do tkanki nerwowej i nerwów obwodowych bardzo wcześnie, gdyż już na kilka tygodni przed zjawieniem się zmian wysypkowych i że za pomocą płynu mózgowo-rdzeniowego, pochodzącego z wczesnych okresów kiły drugorzędnej, można przeszczepić zakażenie.

Pomocnym środkiem badania, pozwalającym nam w danej chwili wglądnąć w stosunki, jakie rozgrywać się mogą w układzie nerwowym za życia chorego, jest nakłucie lędźwiowe [1]). W braku objawów klinicznych badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nabiera tem większego znaczenia. Z wynikami tych badań w przebiegu kiły zaznajomiły nas, począwszy od r. 1901, pierwsze prace autorów francuskich Sicarta, Widala i Ravaut. Piśmiennictwo z tego zakresu jest już dzisiaj olbrzymie. Pierwszym, który u niemowląt kiłowych oznaczał w płynie mózgowym ilość białka i ciałek, był Tobler. Stwierdził on w 85·7% przypadków kiły wrodzonej większą zawartość limfocytów. Badaniem podobnem zajmował się również Baran. Potwierdzając wyniki poprzednich pracowników przypuszczał on, tak jak i Tobler, iż może nakłucie lędźwiowe i obraz cytologiczny posłużą do wczesnego wykrywania kiły wrodzonej w przypadkach zaledwie podejrzanych lub w okresie przedwysypkowym, co w czasach, kiedy nieznano jeszcze odczynu Wassermanna, mogło mieć doniosłe znaczenie. Dawniejszym już autorom wiadomo było, że na samem badaniu płynu

[1]) Nakłuciem lędźwiowem nie należy wypuszczać u niemowląt więcej płynu nad 2—3 cm^3, upusty większych ilości mogą wywołać objawy podrażnienia oponowego.

mózgowo-rdzeniowego polegać nie można, gdyż ani większa ilość białka, ani stwierdzona limfocytoza nie jest ich stałą cechą w kile, a przypadki z ujemnym wynikiem nie wykluczają zmian swoistych w środkowym układzie nerwowym. Z drugiej zaś strony podobne zmiany, jak w płynie kiłowych, towarzyszyć mogą zupełnie odmiennym sprawom chorobowym. Merzbacher stwierdził limfocytozę w zapaleniu gruczołu przyusznego, w półpaścu itp. Sami spostrzegaliśmy znaczną limfocytozę u dziecka siedmiomiesięcznego doskonale rozwiniętego, u którego z wyjątkiem dodatniego odczynu skórnego Pirqueta brak było wszelkich danych do wytłómaczenia tego zjawiska. W ogólności pamiętać należy, iż zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym są często przelotnej przyrody, ustępować mogą nawet bez leczenia, i już po kilku tygodniach ponowne nakłucie może nie dawać tego samego obrazu. W miarę, jak technika badań płynu mózgowo-rdzeniowego wzbogaca się w coraz to nowe odczyny biochemiczne, służące do wykrywania kiły, badanie płynu bywa bardziej pouczającem a nieraz staje się koniecznością, środkiem kontrolnym, bez którego, jak to żąda Kyrle, nie można orzekać o stanie zdrowia chorego.

W badaniach naszych, których wynik poniżej zestawiamy, chodziło nam przedewszystkiem o stwierdzenie, jak zachowuje się płyn mózgowo-rdzeniowy u niemowląt dotkniętych kiłą wrodzoną w okresie jak najwcześniejszym ich życia, a więc u osesków kilkotygodniowych zgłaszanych po raz pierwszy do leczenia z powodu zmian na skórze.

Szczególniejszą uwagę zwróciliśmy na wiek najmłodszy, gdzie stosunkowo najkrótszy czas upłynął od zakażenia, pominęliśmy natomiast wyniki, jakie nam dało nakłucie u starszych niemowląt, które już były leczone, bądź zgłaszane tak późno, że zmiany na skórze należało oceniać jako nawroty wysypek.

Z przedstawienia powyższego okazuje się, że do najczęstszych zmian w płynie mózgowym u kiłowych niemowląt należy zjawianie się większej ilości limfocytów (*pleocytosis*). Stwierdzić to można było tak w pierwszej jak i w końcowej ilości dobytego płynu. Na ważność takiego badania zwraca uwagę Weigeldt i żąda obliczenia, a przynajmniej podania, w których porcjach płynu wypływającego policzono ilość ciałek. Zawartość ich bowiem może być różna, końcowa część zazwyczaj skąpsza w składniki stałe. Płyn przedstawia się jak woda, często mimo wszelkich ostrożności przy ukłuciu zawiera niewielką przymieszkę ciałek czerwonych, niewidocznych gołem okiem, dających się jednak odróżnić przy podbarwianiu fioletem metylowym dla policzenia limfocytów. Zawartość globulin, tak znamienna dla płynów z późniejszych okresów kiły drugorzędnej, nie była zazwyczaj w naszych przypadkach zwiększoną. Dwukrotnie tylko wystąpiła opaliscencya, a w jednym przypadku wyraźne zmętnienie. Ujemnie też wypadała próba Pandy'ego i odczyn Wassermanna z miareczkowanym dopełniaczem (0.1—0.5) [1]), w przeciwieństwie do zachowania się jego we krwi, gdzie występował on stale dodatnio. Z nowszych prób tylko w dwóch [2]) przypadkach dokonana próba Langego z koloidalnym rozczynem chlorku złota dała wynik dodatni. Natychmiast wystąpiło fiołkowe zabarwienie w rozcieńczeniu 1:10 i 1:80. Możliwe jest, że próba ta okaże się bardziej czułym odczynnikiem w wykazywaniu zmian w płynie mózgowym.

Zmiany powyżej zestawione wskazują, że płyn mózgowy u niemowląt kiłowych w najwcześniejszych okresach ich życia nie bywa tak wybitnie zmieniony, jak to zazwyczaj bywa u dorosłych już w kilka miesięcy po zakażeniu. Jedynie objaw pleocytozy powtarza się stale, gdyż w wszystkich 14 przypadkach i po większej części jest on wybitnie zaznaczony. Znaczne różnice co do ilości limfocytów spotykanych przez nas, a przez innych badaczy, przypisać można zapewne tej okoliczności, że badane przez nas przypadki dotyczyły bardzo młodych osobników, nieledwie w pierwszej chwili wysypek, kilka tygodni życia liczących i dotychczas nigdy nie leczonych. Wobec zmienności płynu mózgowego, zwłaszcza w wieku dziecięcym, zdarzyć się może, iż nakłucie dokonane w późniejszych okresach choroby, nie wykaże już tych zmian, jakie mogły istnieć na początku. Nie jest wy-

TABLICA

Nazwisko	Wiek	Zmiany kiłowe	Ilość limfocytów w 1 mm³		Odcz. Wasserm. w płynie	Nonne-Appelt	Inne odczyny	Wassermann w krwi
			w I. porcji	w ostatniej				
Dz.	2 tyg.	sapka, skąpa wysypka twarzy	67		—	±		±
K. J.	3 „	nacieki podeszw i dłoni, wysypka guzkowa ud	50	56	—	—		+ + + +
S. K.	4 „	nacieki dłoni i podeszw	10		—	—	z chlorkiem złota + +	+ + + +
J. K.	4 „	obfita wysypka guzkowa, popękanie warg	196		—	—		+ + + +
Now.	4 „	naciek dłoni, guzki ud	121	83	—	—		+ + +
Ka	7 „	skąpa wysypka guzkowa	77	34	—	—		+ + + +
R. S.	3 „	pęcherzyca obrzęk nóg	67		—	±		+ + +
Sm.	8 „	skąpa wysypka na całem ciele	2380	134	—	+		+ + +
Cie	7 „	obfita wysypka guzkowa	30	29	—	—		+ + + +
O.	6 „	nacieki podeszw, sączące guzki twarzy	10		±	—		+ + + +
S. R.	5 „	nacieki warg, guzkowa wysypka ud		34	—	—		+ + + +
Ko	4 „	ziemista barwa skóry, nacieki podeszw	8	4	—	—		+ + + +
M. S.	3 „	mierna wysypka tułowia	15	9	—	—	z chlorkiem złota + +	+ + + +
J. K.	4 „	wysypka sącząca ud	11	8	—	—	Pandy —	+ + +

[1]) Wszystkie odczyny Wassermanna, jakoteż z koloidalnym chlorkiem złota, przeprowadzał zakład higjeny Uniw. lwow. (Doc. Dr. Steusing).

[2]) Powojenne trudności zaopatrzenia się w materjał, konieczny do sporządzania płynu (brak szkła jenajskiego) stanęły na przeszkodzie częstszemu zastosowaniu tej próby.

kluczone, że rozpoczęte leczenie wywrzeć już mogło pewien wpływ na zachowanie się płynu, jakkolwiek pod tym względem zaznacza się wybitna różnica zapatrywań. Zdaniem niektóryeh lekarzy leczenie nie wpływa bynajmniej na poprawę w zachowaniu się płynu, nie brak nawet i takich, którzy twierdzą (Fleischmann i Pette z kliniki Nonne'go), że u kiłowych, nawet dokładnie leczonych, płyn mózgowo-rdzeniowy może zwiększać swe cechy chorobowe. Leczenie niedokończone lub niedostateczne, może nań oddziałać prowokująco. Dawniejsi autorowie, przeważnie francuscy, którzy pierwsi tych badań dokonali, widząc niewielkie zmiany w płynie mózgowym, woleli je raczej określić nie wiele mówiącą nazwą „podrażnienia oponowego". Tymczasem nowsi badacze jak Nissl, Weyl, Kyrle, Nonne uważają je już za postacie zapalne kiły mózgu, w których następstwie pojawiają się i zmiany mikroskopowe. Zjawienie się limfocytów w większej ilości w płynie opływającym przestrzenie pajęczynowate, w którym w warunkach fizjologicznych przypada co najwyżej 5 ciałek na 1 mm^3, należy uważać za czuły odczyn obronny ustroju wobec wtargnięcia krętków. Limfocytom przypadać ma szczególniejsze zadanie rozszczepiania i pożerania komórkowego zarazka kiłowego. Rola ta znaną jest z podobnego zachowania się ciałek białych wobec różnych drobnoustrojów, w tym zaś przypadku, zdaniem Bergela, czynne wystąpienie limfocytów z naczyń i ich zdolność rozpuszczania, związana jest z ich biologicznemi właściwościami, występującemi wówczas, gdy działa szczególniejszy charakter (lipoidy) antigenu, jakim jest kiła. Obecność limfocytów dowodzi więc zakażenia środkowego układu nerwowego, z którem one do walki wystąpiły. Jest to pierwszy początek „przemiany" płynu mózgowego w wczesnym okresie kiły, którą możliwie wstrzymać mogą zabiegi lecznicze (Kyrle). Zmiany anatomiczne spostrzegane w tkankach środkowego układu nerwowego u zmarłych osesków wszędzie w przypadkach „dodatniego" płynu mózgowego, jak to stwierdzają Königstein i Spiegel, świadczą, że ma się już do czynienia ze skutkami zapalenia. Zmiany te są długotrwałe, utrzymywać się mogą mimo, że charakter płynu powrócił już do stanu prawidłowego. Steiner zdołał wykazać podobne stosunki anatomiczne u królików zakażonych kiłą z objawami jawnymi. Takie same zmiany płynu dało się osiągnąć doświadczalnie u kiłowych królików. Plaut dokonywał w kilkunastu kroplach płynu mózgowego za pomocą mikrochemicznej metody przez siebie obmyślanej, tych samych prób co u ludzi. Okazało się, że u 1|3 królików zakażonych pojawiała się większa ilość limfocytów częścią i zwiększenie białka, chociaż inne odczyny jak np. Wassermann w płynie wypadały stale ujemnie, natomiast w krwi próba Wassermanna była zawsze dodatnią. W ogólności podobieństwo w zachowaniu płynów mózgowych u niemowląt kiłowych i sztucznie zakażonych królików jest bardzo daleko idące.

Sprawa badań płynu mózgowego w kile dziedzicznej nie doczekała się jeszcze tego opracowania, co w kile nabytej u dorosłych. Ilość spostrzeżeń z tego zakresu jest dosyć nieliczna, a i tu jeszcze uwzględniany bywa raczej wiek dzieci starszych i szczególnie dotkniętych już wyraźnemi cierpieniami układu nerwowego, (Przedpełska, Kretschmer i inni). Uderza więc mnogość dodatnich odczynów bądź znamion chorobowych. Breuer, badając płyny mózgowe u 42 dzieci z kiłą wrodzoną w wieku przeciętnie lat 8, już wyleczonych, stwierdził u 30 z nich wybitne zmiany (wzmożone ciśnienie, limfocytoza, Nonne—Appelt, Pandy i td., jedynie Wassermann ujemny). Natomiast u kiłowych niemowląt, bez względu na zabiegi lecznicze, nie wykazał żadnych zmian w płynie mózgowym Ilości tych przypadków autor nie podał. Tezner, poddawszy badaniu 16 dzieci dotkniętych kiłą w 1 r. życia, przekonał się, iż płyn mózgowy bywał zmieniony najczęściej u niemowląt starszych nad 6 miesięcy życia. U 10 z nich tj. w 62.5 % płyn przedstawiał się chorobowo, 8 razy miał odczyn Wassermanna dodatni, 5 razy pleocytosis, 5 razy Nonne-Appelt. Nie znaleziono natomiast zmian u osesków w pierwszych 2 $^1|_2$ miesiącach życia. Nadmienić jednak należy, że wszystkie przypadki były przedtem poddane leczeniu swoistemu, wysypki zaś kiłowe nosiły cechy cofania się. Również stwierdził zmiany w płynie mózg. (Wassermann dodatni) Wohlwill u 3 niemowląt i Przedpełska u 6 $^1|_2$ miesięcznego dziecka z nawrotem zmian skórnych (wybitna limfocytoza).

Badania płynów mózgowych u dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną przynoszą praktyczną wartość, okazując po pierwsze, iż tkanka nerwowa zakażonego ustroju, podobnie jak inne organy, bardzo już wcześnie objęta bywa zmianami chorobowemi, a powtóre, że nawet w przypadkach leczonych bardzo energicznie neosalvarsanem i rtęcią i wyleczonych (Müller i Singer), na co wskazywałyby ujemne odczyny tak we krwi, jak w płynie mózg., przez całe lata i brak jakichkolwiek objawów klinicznych, mimo to stwierdzić można było w płynie mózg. inne zmiany chorobowe, jak wzmożone parcie, pleocytosis i td. Co gorsza, zmianom tym towarzyszyły ograniczenia inteligencji. Wedle obliczeń Breuera 39.2 % tych dzieci okazywało upośledzenie władz psychicznych.

Podobne zestawienia nasuwają poważne wątpliwości co do skuteczności naszej dotychczasowej terapji zwłaszcza w odniesieniu do układu nerwowego środkowego. Z kolei zaś rzeczy słuszną wydaje się konieczność poddania przepatrzeniu dotychczasowych zapatrywań o uleczalności kiły wrodzonej, w każdym zaś razie wykazane przez nas w tak wczesnym okresie zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym u niemowląt kiłowych wskazują na doniosłość jak najszybszego rozpoznania kiły wrodzonej, oraz na konieczność jak najwcześniejszego poddania jej energicznemu leczeniu.

Streszczenie: Układ nerwowy środkowy u niemowląt z kiłą wrodzoną już bardzo wcześnie, gdyż w okresie pierwszych zmian wysypkowych doznaje zmian chorobowych. Najczęstszym objawem zmienionego płynu jest limfocytosis (pleocytosis w wszystkich 14 przypadkach), znacznie rzadziej występują inne odczyny (Nonne-Appelt, odczyn z chlorkiem złota i td. Na 14 przypadków 6 razy). Pojawiają się one częściej dopiero w późniejszych miesiącach życia u niemowląt kiłowych.

Piśmiennictwo.

Beck przyt. przez Weigeldta. — Baron. Jahrb. f. Kind T. 69. Str. 25. — Bergel. Ergebn. f. i. Med. u. Kind. T. 20. — Breuer. D. m. W. 1921. Z. 43. — Fereira. ref. Mon. f. Kind. 1908. Str. 311. — Fleischmann. Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1921. Str. 180. — Hirschberg. D. m. W. 1906. Str. 743. — Heine. J. f K. 1910. T. 72. Str. 334. — Japha. D. m. W. 1911. Str. 543. — Königstein i Spiegel. Zeitschr. f. d. ges. Neur. 1920. Str. 144, i Wien. kl. W. 1921. Str. 292. — Kretschmer. D. m. W. 1907. Str. 1901. — Kyrle. Uber den derzeit. Stand. d. Lehre von d. Patol. u. Ther. d Syfilis 1919. — Merzbacher przyt. przez Barona. — Nonne. Syfilis u. Nervensyst. 1921. — Plaut i Mulrer. Münch. m. W. 1921. Nr. 27. — Przedpełska. Przegląd pedjatr. 1914. T. IV. Z. 1. — Pette. Zeitsch. f. d. g. Neur. 1920. T. 62. — Ranke Neur. Zsch. 1907. Z: 3 i 4. — Steiner. przyt. przez Plauta. — Tezner. M. f. K. T. 22. Z. 1. — Tobler. J. f. K. 1906. T. 64. — Weyl. J. f. K. T. 68. Z. 4. — Weigeldt. D. m. W. 1921. Nr. 27. Str. 1019. — Wohlwill przyt. przez Teznera. — Müller i Singer Arch. f. Kind T. 67 Z. 3 i 4.

Dr. Tadeusz Wretowski, major, ord. Szpit. okr. mokot. Warszawa.

Kilka słów w sprawie tegorocznej epidemji zimnicy.

(Według odczytu wygłoszonego 1/VII 1921 na posiedzeniu szpit.)

W szeregu spraw zakaźnych, spostrzeganych wśród ludności cywilnej i wojska podczas i po ukończeniu wojny europejskiej, od $2^1|_2$ lat wysuwa się stopniowo na pierwszy plan zimnica, cierpienie, które w ostatnich dziesiątkach lat przed wojną spotykało się u nas w Polsce bardzo rzadko i nigdy prawie nagminnie.

Przemarsze przez nasz kraj wielkich ilości najróżnorodniejszych wojsk, pozostawanie przez czas dłuższy żołnierzy w okopach, zakładanie u nas przez Niemców specjalnych szpitali dla chorych na zimnicę (w korpusie kadetów w Warszawie, Konstancinie, Kalwarji i Nowym Sączu), przyczyniły się niezmiernie do rozpowszechnienia epidemji. Z drugiej strony ciężkie położenie ekonomiczne, zniszczenie

wielu urządzeń kanalizacyjnych i wodociągowych, zarośnięcie, zasypanie lub uszkodzenie wielu połączeń wodnych, kanałów, a nawet rowów przydrożnych, odprowadzających stojące wody, zapuszczenie wielu stawów oraz zmniejszenie się ilości ryb, wpłynęły znakomicie na nadmierne zwiększenie się ilości komarów, a w ich rzędzie specjalnie nas obchodzących widliszy. Nadto zmniejszenie się ilości bydła, (krów, koni i td.) spowodowało, że widlisze, które chętnie przebywają w stajniach i oborach, obecnie więcej napastują ludzi.

Jak wykazują dane statystyczne, przytoczone przez kol. Trenknera i Korzona (posiedzenie w Tow. Hyg. 17/VI 1921), niema u nas w Polsce obecnie takiego zakątka, gdzieby zimnica nie była notowana; wobec zaś braku planowej akcji, mającej zapobiegać wzmaganiu się zimnicy, o ile lato będzie gorące, spodziewać się można na przyszły rok jeszcze większego wzrostu epidemji. W tym roku zaczęliśmy spostrzegać zwiększającą się stopniowo ilość zasłabnięć na zimnicę od początku kwietnia, w maju nasilenie zimnicy wystąpiło tak wybitnie, że znaczna część oddziału wewnętrznego (kierownik ppułk. Dr. Bronowski) w naszym szpitalu zapełniła się chorymi zimniczymi, wobec czego wyznaczono oddzielną salę na 50 łóżek dla zimnicy, zaopatrzoną w odpowiednie siatki ochronne na okna.

Nie będę się tutaj zastanawiał dłużej nad etjologją zimnicy, jej postaciami klinicznemi, nad sprawą szerzenia się epidemji, ani podawał sposobów walki z nią. Są to rzeczy znane i w ostatnich czasach na szeregu posiedzeń specjalnych szeroko były omawiane. Zajmę się tylko stroną kliniczną cierpienia, oraz leczeniem i spróbuję zgrupować dane w tym kierunku w szeregu punktów.

Jako leczenie przyjęliśmy, opierając się na badaniach Nochta i Ochsnera, Ziemanna, Mühlensa, Wernesa oraz Hirszfelda, Janowskiego, Gluzińskiego, Korzona i in., następujący sposób podawania chininy: W ciągu 4 dni 6 proszków dz. po 0,3, następnie 2 dni 4 razy dz. po 0,3, lub w b. ciężkich przypadkach przez 6 dni po 7 proszków a 0,3, dalej 3 dni przerwy i znów 2 dni 4 razy dz. po 0,3, 4 dni przerwy, 4 dni 4 razy po 0,3, 5 dni przerwy i 2 dni 4 r. po 0,3. A zatem na okres leczenia jednego chorego wypada 16,4 chinin. mur. lub wyjątkowo 19,8. Leczenie trwa 24 dni. O ile podczas leczenia wystąpią nawroty zimnicy, wtedy zaczynamy od początku całkowite lub nieco skrócone leczenie, zależnie od stopnia nasilenia cierpienia. W połowie leczenia chininą zaczynamy podawać dla ogólnego wzmocnienia żelazo i arszenik lub też kombinację arszeniku z chininą według Aufrechta, (*Ac arsenic. 0.3, chinin. mur. 5,0, pulv. r. Liquir. 4,0, succi Liquir. qu. s. ut f. pill N. 100. D. s. 3 r. dz. po 2 pig.).*

W innych przypadkach, które stanowią zaledwie 2 do 5 % całego materjału szpitalnego, stosujemy błękit metyle nowy, modyfikując nieco metodę Wernesa, w ilości 1 gr na dzień w 5 porcjach w ciągu 4—6 dni, podając go naj. chętniej w przerwach chinowych. Robimy też zastrzykiwania według przepisu Laverana (*Acid muriat. 0,5, Antipyri n. 0,3, aq. destill. 4,0*), raz dziennie śródmięśniowo w ciągu 5 do 7 dni.

Poczynając od drugiej połowy leczenia, to znaczy najmniej po dwóch tygodniach po ostatnim napadzie, w celach prowokacyjnych stosujemy zimne kąpiele lub prysznic w ciągu 5 minut jednorazowo lub przez parę dni z rzędu, naprzemian z naświetlaniami słonecznemi w godzinach południowych, wysiłki fizyczne, bieganie po schodach, jak również zastrzykiwanie wyjałowionego mleka (5–10 gr.) lub adrenaliny (1 gr.). Obecnie mamy zamiar, stosownie do zaleceń Aladasa Henszelmana, wypróbować benzol po 0,1 do zastrzykiwania.

Dotychczas nie mieliśmy przypadku (na 200 chorych), aby tak prowadzone leczenie zawiodło. Chorzy po wypisaniu z oddziału otrzymują polecenie przyjmowania w domu jeszcze w ciągu dwóch tygodni jednego proszku chininy po 0,5 na noc co drugi dzień dla podtrzymania działania chininy.

Tego rodzaju leczenie, jako nietrwające zbyt długo, nie wywołuje zarówno przyzwyczajenia się pacjenta do działania chininy, jak również nie zdąży uodpornić pasorzytów zimniczych przeciwko działaniu chininy. Nasycenie organizmu ludzkiego chininą w ilości stosowanej przez nas okazało się w znakomitej większości przypadków wystarczające dla zapobieżenia nawrotom zimnicy, co się równa wyleczeniu zimnicy. Pod wyleczeniem bowiem zimnicy rozumiemy wyleczenie w sensie klinicznym, gdy chorzy najmniej od dwóch tygodni nie mają nietylko napadów zimnicy, ale nawet najmniejszych podniesień ciepłoty, przy braku plasmodjów we krwi, badanej kilkakrotnie po zastosowaniu środków prowokacyjnych. O wyleczeniu zimnicy doszczętnem za pomocą t. zw. *sterilisatio magna* organizmu, podobnie jak o całkowitem wyleczeniu przymiotu, mówić stanowczo jeszcze nie można, gdyż nie mamy dotychczas takiego sprawdzianu, któryby stanowczo świadczył o wyjałowieniu organizmu zupełnem. Sądzę, że dla zimnicy dopiero brak nawrotów w ciągu kilku lat może pozwolić myśleć o zupełnem wyleczeniu.

Ze spostrzeżeń nad obecnem nasileniem epidemji zimnicy wyprowadzić można do obecnej chwili szereg następujących spostrzeżeń i wniosków.

Jak dotychczas, mamy do czynienia wyłącznie z postacią trzeciaczkową zimnicy o przebiegu niezbyt ciężkim. Innych pasorzytów zimnicy w pracowni naszego szpitala (kierownik mjr. lek. Modrzewski) nie wykryto.

Nawet u chorych, którzy po raz pierwszy zapadli na zimnicę na froncie włoskim (nad Piawą), w Albanji, na Kaukazie, nawet w Afryce, jeden w Colombo, obecnie wykryte plasmodje są typu *pl. tertianae.*

Zimnica występuje jako typowa trzeciaczka, czasem jednak mamy do czynienia z dwoma cyklami (rzadziej więcej) rozwoju pasorzytów zimnicy i wtedy napady zimnicze występują codzień, a nawet mieliśmy możność spostrzegania kilkakrotnie dwóch napadów w ciągu doby.

W szpitalu mamy najmniej jeden napad, rzadziej dwa, a już bardzo rzadko więcej napadów, niejednokrotnie chorzy w szpitalu wcale już napadów nie mają, natomiast nieraz bywa kilka niewielkich podniesień ciepłoty z gorszem samopoczuciem, bólem głowy lub ogólnem niedomaganiem, jako wyraz niepełnego ataku zimnicy.

Bardzo ważne jest, szczególniej w pierwszym tygodniu choroby, aby pacjent, przyjmując chininę, pozostawał w łóżku, gdyż ruch i wogóle wszelkie wysiłki fizyczne, a nawet umysłowe wpływają ujemnie na przebieg leczenia. Widziałem wielu żołnierzy, leczonych ambulatoryjnie w swych oddziałach, gdzie nieraz, mimo dosyć intenzywnego leczenia chininą, napady nie ustępowały i dopiero po zatrzymaniu chorego w łóżku następowała szybko poprawa.

Plazmodje zimnicy w początkach choroby można wykryć najczęściej niezależnie od podawania chininy.

Niejednokrotnie znajdowano pasorzyty zimnicy we krwi chorych nie mających od dłuższego czasu ani napadów, ani podniesień ciepłoty (przenosiciele zarazy). Najczęściej wtedy mamy postacie stare (gamety).

Po zastosowaniu prowokacji często znaleźć można na nowo we krwi pasorzyty o całą dobę lub dwie wcześniej, niż wystąpi napad zimniczy.

Znakomita większość obecnych przypadków zimnicy to nawroty dawnego cierpienia, które trwa rok, dwa lub więcej.

Pewną część świeżych przypadków powiązać można z upałami, które panowały u nas w końcu maja b. r., znaczną większość zaś etjologicznie połączyć można z rokiem przeszłym, — zimnica jednak istniała do obecnego pojawienia się napadów w postaci utajonej lub też pierwotnie dała tak znikome objawy, że chorzy nie zwrócili na nią uwagi, ewentualnie przed rokiem nie była rozpoznaną jako zimnica.

W ciągu 2½ lat spostrzegaliśmy w szpitalu Okręgowym Mokotowskim z górą 600 przypadków zimnicy i, jak dotychczas, nie widzieliśmy ani jednego przypadku charłactwa zimniczego, bardzo zaś rzadko wybitne stopnie niedokrwistości.

Śledziona bywa zwykle umiarkowanie powiększona,

najczęściej zaledwie macalna, rzadziej powiększona w dół o jeden do dwóch palców, górna granica podniesiona o jedno żebro. Badanie chorych w pozycji na boku z podniesioną prawą ręką na głowę, lewą zaś opuszczoną wzdłuż ciała nieraz ułatwia wyczucie śledziony. Zwraca uwagę stała bolesność w okolicy śledziony i klatki piersiowej na wysokości 9—11 żebra zarówno przy macaniu jak i przy opukiwaniu.

Nieraz chorzy sami uskarżają się na żywy ból w dolnej części klatki piersiowej z lewej strony przy ruchach lub oddechu, co może być powodem omyłki rozpoznawczej (jak np. zapalenie opłucnej)

Język podczas zimnicy, nawet w okresie ostrych napadów, bywa zwykle zupełnie normalny (wilgotny, czerwowy), co może być ważną wskazówką rozpoznawczą przy różniczkowaniu zimnicy i durów.

Zwróciliśmy uwagę na mały odsetek powikłań: najczęściej jeszcze spostrzegaliśmy wypryski na wargach lub nosie, czasem nieżyt oskrzeli, kilkakrotnie wzmożoną wrażliwość w okolicy ślepej kiszki, wymioty, biegunki, krwawienia z nosa; parę razy żółtaczkę o typie nieżytowym i lekkim przebiegu; względnie częściej bóle w kończynach, stawach lub mięśniach.

Ze środków prowokacyjnych na pierwszem miejscu należy postawić adrenalinę, następnie mleko, wysiłki fizyczne i w końcu zimne kąpiele powtarzane kilkakrotnie. Po adrenalinie i rzadziej mleku występuje w trzeciej części przypadków bądź atak, bądź tylko podniesienie ciepłoty na drugi lub trzeci dzień z poprzedzającem zjawieniem się ponownem plasmodjów we krwi.

Łatwe nawroty zimnicy po upływie paru tygodni do dwóch miesięcy, o ile leczenie było prowadzone niedostatecznie: podawanie zbyt małej ilości chininy, zbyt krótki okres leczenia, zły gatunek chininy. Chinina poznańska, pochodzenia niemieckiego z r. 1918, w pastylkach, działa przynajmniej o 50% słabiej. Najczęściej wtedy występowały nawroty przy końcu urlopów, związane nieraz z różnemi nadużyciami ze strony chorych na chwilowej wolności.

Zaznaczyć należy, że przy stosowaniu dużych dawek chininy o stałych porcjach (po 0,3) nigdy nie widziałem niepożądanego ubocznego działania lub zbyt silnego odczynu organizmu.

Małe ilości chininy (0,05 -- 0,1) służą nieraz jako środek prowokacyjny, wywołując czasem nawroty zimnicy. Spostrzegałem fakt taki dwukrotnie. C o v i stosował podobny sposób prowokacji w armji włoskiej.

Nieraz uporczywy brak poprawy zimnicy tłómaczyć można nie odpornością pasorzytów przeciw działaniu chininy, względnie błękitu metylenowego, a brakiem zrozumienia u niektórych chorych potrzeby przyjmowania pełnej ilości przepisanych lekarstw.

Jako siedlisko zarazy w Warszawie i okolicy uważać należy: lotnisko w Mokotowie, koszary łazienkowskie, Powązki, Cytadelę i Jabłonną — stąd bowiem otrzymywaliśmy większość chorych. U innych, chorujących po raz pierwszy, w wywiadach odnotowywaliśmy pobyt przed rokiem w błotach Pińskich, nad Bugiem, Berezyną, pod Kijowem, na Kaukazie itp.

Przy badaniach laboratoryjnych daje się zauważyć: brak uchwytnych zmian w preparatach drobnowidowych krwi co do ilości płytek Bizzozera; stale zwiększoną ilość limfocytów (najczęściej 35—42%); nieco zwiększoną ilość postaci przejściowych (6—9%); brak wybitniejszych odchyleń co do własności barwikowych czerwonych ciałek krwi, przy niezbyt wielkiem najczęściej zmniejszeniu ich liczby (3,500.000—4,500.000).

Odczyn Wassermanna, wykonywany w różnych okresach zimnicy, a więc przed, w czasie i po napadzie zimnicy, zarówno jak przed, w czasie i po leczeniu chininą, stale dawał wynik ujemny. Wynik dodatni otrzymywaliśmy tylko wtedy, gdy w wywiadach u chorego była niewątpliwa kiła, najczęściej niedostatecznie leczona.

Dotychczasowe w niewielkiej jeszcze ilości przeprowadzone badania nad obecnością w moczu urobiliny nie pozwalają wyciągnąć ściślejszych wniosków, brak bowiem odczynników dla dokonania odczynu aldehydowego na urobilinogen pozbawia nas możności przeprowadzenia prób w tym kierunku. Autorowie niemieccy (z pracy M o r a w i t z a) zwrócili uwagę na brak zapadnięć na zimnicę u chorych, którzy przebyli świeżo leczenie przeciwprzymiotowe wlewaniami salwarsanu lub neosalwarsanu. Stąd też stosowano salwarsan w leczeniu zimnicy. Stoi to w sprzeczności z naszemi spostrzeganiami, mamy bowiem trzy przypadki, gdzie jeden chory podczas leczenia salwarsanem po czterech wlewaniach w tydzień dostał pierwszego napadu zimnicy; drugi dostał na trzeci dzień po trzeciem wlewaniu i trzeci w miesiąc po skończonem leczeniu. Podkreślić należy, że zakażenie nie mogło nastąpić w tych przypadkach w tym roku, gdyż chorzy od końca kwietnia przebywali w szpitalu wenerycznym. W zeszłym zaś roku jeden z nich przebywał na froncie ukraińskim, gdzie jak twierdzi, nie miał zupełnie napadów zimnicy nawet w postaci szczątkowej; drugi zaś, rok temu był na froncie małoruskim. Leczenie salwarsanowe w danych przypadkach nie zdołało zapobiedz wybuchowi utajonej zimnicy, a przeciwnie salwarsan wystąpił, być może, nawet jako prowokator.

Podobnież rtęć, nie mając wpływu leczniczego na zimnicę, może zapewne sprowadzić nawrót zimnicy, o czem świadczy przypadek kiły leczony swoiście rtęcią, gdzie przy końcu leczenia wystąpiła zimnica. Zwolennicy leczenia zimnicy salwarsanem (M ü h l e n s - V e r n e r) zalecają podawanie jednocześnie przy wlewaniach salwarsanu, chininy. Metoda ta ma dawać specjalnie dobre wyniki przy trzeciaczce. Przy tak postawionem leczeniu nie mamy żadnego sprawdzianu, czy salwarsan ma jakikolwiek wpływ leczniczy na zimnicę; sądzę, że raczej wtedy mobilizuje on zarówno plazmodje jak i istoty obronne organizmu.

Spostrzeżenia nasze zgadzają się zupełnie ze spostrzeżeniami M u n k a, M ü h l e n s a i W e r n e r a: mianowicie widzieliśmy większe nasilenia zimnicy w końcu maja i pierwszych dniach czerwca; od tego czasu do obecnej chwili (sierpień) mamy wyraźne zmniejszenie zachorzeń. Schorzenia majowe są spowodowane bądź nawrotem dawniejszego cierpienia, bądź wystąpiły jako zakażenia świeże, skutkiem kąsania widliszyc, które w sprzyjających warunkach przezimowały.

Ponowne nasilenie zimnicy, a specjalnie świeże zasłabnięcia, spodziewane w drugiej połowie lipca łącznie z rozwojem drugiego pokolenia komarów, nie wystąpiło, co tłómaczyć można tem, że jednak olbrzymia większość naszych komarów nie jest jeszcze zakażona zimnicą; suche zaś lato wpływa na wybitne zmniejszenie się ilości komarów.

Osobiście miałem możność spostrzegania olbrzymich ilości komarów w drugiej połowie maja i w pierwszych dniach czerwca nad brzegami Wisły podczas panujących wtedy upałów. Śród tych komarów widziałem wiele widliszy. Zarówno mnie jak i towarzyszy moich wieczornych wycieczek gryzły wielkie ilości komarów, mając łatwy dostęp do ciała, dzięki kostjumom sportowym; nikt z nas jednak na zimnicę nie zachorował, jak również nie zachorował nikt z członków klubu wioślarskiego, ani służby, spędzającej cały czas łącznie z rodzinami nad wodą. Świadczyć to może, że młode pokolenie widliszy w okolicach Warszawy nad Wisłą nie jest jeszcze zakażone.

Ostatnio skróciliśmy leczenie do dwóch tygodni dla tych, którzy podczas pobytu na oddziele nie mieli ani jednego napadu zimnicy lub tylko jeden w okresie pierwszej doby i przytem nie mieli ani razu szczątkowych napadów w postaci niewielkich podniesień ciepłoty. U tej kategorji chorych już po kilku dniach leczenia plasmodjów we krwi wykryć nie można, wszelkie zaś metody prowokacyjne pozostają bez skutku. Tacy chorzy kończą leczenie w domu według danych im wskazówek,

Co się tyczy wskazań odnośnie do zapobiegania szerzeniu się zimnicy, uważamy za najważniejsze wypisywanie żołnierzy dobrze wyleczonych, bezwarunkowo nie mających plazmodjów we krwi i zawsze po zastosowaniu prowokacji. W miejscowościach zaś obfitujących w komary ludzie winni

zaprzestawać pracy na godzinę przed zachodem słońca, zaczynać zaś nie wcześniej jak w godzinę po wschodzie słońca, gdyż widlisze najchętniej i prawie wyłącznie kąsają w nocy. Sypiać w lokalach zamkniętych lub posiadających siatki ochronne w oknach. Wieczorem wypędzać komary z pokojów lub rozpylać w mieszkaniach zwykły proszek perski, poczem można rano zamieść uśpione lub nieżywe komary.

Prof. Browicz. Kraków.

W sprawie zmian pozimniczych.

W numerze 8—9 »Gazety Lekarskiej« z r. 1921 znajduje się referat p. Dr. Paszkiewicza o zmianach anatomicznych w zimnicy, do którego dodaję następujące uwagi:

W r. 1875 opracowałem temat o zmianach pozimniczych w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym. Publikacja ta młodzieńcza ukazała się podobnie, jak pierwsza moja publikacja, dotycząca mikrobu tyfusowego, w »Rozprawach« młodocianej wówczas naszej Akademji umiejętności (1876), obie publikacje tylko w polskim języku.

Stwierdziłem wtedy na materjale charłaczym pozimniczym, co w końcu roku 1874 (Virchowa Archiwum t. 61) Arnstein podał, — stały udział szpiku kostnego w zmianach pozimniczych. Nadto, zanim odkryto pasorzyta zimniczego, nagabującego krwinki czerwone, wypowiedziałem wówczas pogląd zgodnie z Arnsteinem, że wszystko »przemawia za pierwotną zmianą krwi, a względnie ciałek krwi czerwonych i następowem dopiero uwiązaniem barwika pochłoniętego przez ciałka białe krwi w rozmaitych a mianowicie w trzech głównie narządach, w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym«. Wypowiedziałem ten pogląd w czasie, gdy jako źródło barwika uważano wybroczyny w różnych tkankach powstające.

Nadto podałem w tej publikacji szczegół ważny ze względu na zdarzające się w toku zimnicy przypadki ślepoty chwilowej, iż mikroskopowo stwierdziłem zatory barwikiem naczyń siatkówki, co podówczas nie było jeszcze stwierdzone. W przypadku, w którym to stwierdziłem, znajdował się barwik pozimniczy w naczyniach w białokrwinkach, a może w pasorzycie zimniczym, którego, ani sposobu wszczepiania go, wówczas nie znaliśmy. Naczynia siatkówki były zatorowane barwikiem pozimniczym.

Obecność barwika w naczyniach krwionośnych w zwłokach z charłactwem pozimniczem, bo taki był mój materjał badawczy, podówczas bardzo częsty, wskazuje, że istniał nawrót zimnicy bezpośrednio przed śmiercią, czy wskutek ponownego wszczepienia pasorzyta z zewnątrz, czy wskutek uruchomienia, ponownego wprowadzenia pasorzyta do krwi ze składów, w których, podobnie jak mikroby, jak to dzisiaj wiemy, tkwić mogą w organizmie utajone ale żywotne, działalne pasorzyty zimnicze. Uruchomiania w różny sposób wywoływanego używa się dzisiaj w celach rozpoznawczych i leczniczych zimnicy utajonej.

W każdym przypadku, gdy nasuwa się podejrzenie co do zimnicy złośliwej, czy charłactwa pozimniczego, należy w zwłokach badać także szpik kostny, gdyż nie w każdym przypadku we wszystkich narządach, w których zwykł się składać barwik pozimniczy, zmiana barwy narządu, szara, łupkowa, równie jest wyraźna.

Dr. Tadeusz Bal, kierownik Szpitala pow. Łask.

Pęknięcie śledziony podczas napadu zimnicy.

Artykuł kol. Janusza w Nr. 10. »Polskiego Czasopisma Lekarskiego« »W sprawie mechanizmu pęknięcia śledziony« przypomniał mi ciekawy przypadek, którego dotąd nie ogłosiłem.

Jesienią roku 1919 przywieziono na mój oddział chirurgiczny szpitala wojskowego w Wadowicach chorego szeregowca z oddziału wewnętrznego tegoż szpitala, umieszczonego czasowo w klasztorze, o 1·5 km. od budynku głównego.

Wywiady stwierdziły, że od miesiąca powtarzają się u chorego ataki zimnicy nabytej w r. 1918 na froncie albańskim. Przed kilku godzinami miał silny napad dreszczy zimniczych, wśród których rzucał się po łóżku. Badanie wykazało objawy krwiotoku wewnętrznego i dało wskazanie do zabiegu chirurgicznego.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdziłem znaczny krwiotok, pochodzący z pęknięcia śledziony w okolicy wnęki. Śledzionę usunąłem, chory jednak zmarł po 1 godzinie od wykonania zabiegu chirurgicznego. Śledziona była znacznie powiększona, wiotka, pęknięcie drążyło w głąb miąższu i powstało, według wywiadów, w łóżku, przed paru godzinami (2—3 godz.); spowodowane tylko rzucaniem się w dreszczach.

Docent Dr. Brudzewski. Kraków

O rzadkich postaciach niedowidzenia połowiczego.

(Dokończenie).

Te ubytki mogą się zjawiać jako jedyne zmiany w polu widzenia, ale także jako zupełnie odosobniony i samoistny objaw schorzenia ośrodkowego, bez równoczesnych porażeń połowiczych, afazji, itd. Ubytki są zwykle bardzo małe, bezwzględne, występują nagle i równocześnie w obu oczach, są ułożone albo po lewej, albo po prawej stronie południków pionowych pól, w obrębie pola mniej więcej w promieniu 10^0 dookoła punktu fiksacyjnego położonego, do którego sięgają zazwyczaj wązkim zębem. Wielkość ich waha się około 3^0 do 5^0 średnicy i jest na obu oczach identyczna, jeżeli odpowiedzi badanego są istotnie dokładne. Powodem ich zjawienia się są zazwyczaj maleńkie zakrzepy w korze wzrokowej, ale może je wywołać także uraz w potylicę, jak tego dowodem są doświadczenia ostatniej wojny.

I właśnie uraz, choć nie wojenny, pozwolił na dokładne oznaczenie topograficzne miejsca, gdzie się znajduje ośrodek związany z czynnością plamki żółtej. Przebicie czaszki w okolicy potylicy, nieco po stronie lewej od linji środkowej ciała w okolicy, odpowiadającej tylnemu biegunowi mózgu, gwoździem spadającej rolety, który wbił się w korę mózgową, nie wywołało żadnych innych trwałych objawów mózgowych, jak tylko ubytek (*scotoma*) równoimienny połowiczy po stronie prawej w obu polach widzenia i zajmujący tylko dolną część centralnego obszaru pola widzenia. Ubytek dosięgał w przypadku tym tylko jednym rogiem punktu fiksacyjnego i pozostał już niezmieniony i bezwzględny, jako zmiana trwała. Przypadek ten dowodzi istotnie, że plamka żółta ma w korze miejsce wyłącznie jej odpowiadające i że leży ono, jak dowodzi rana w tylnym biegunie mózgu, sięgając na jego wypukłość.

Ale ubytek połowiczy może zjawić się i trwać nietylko jako zmiana stała bez następstw; albowiem jego zjawienie się może być również zwiastunem późniejszego większego ubytku połowiczo-równoimiennego, jak to objaśni następująca krótka historja choroby.

A. G., lat 55, zjawił się 28 kwietnia 1917 roku, podając, że okularami, które dotychczas były dobre, nie może od dni kilku czytać.

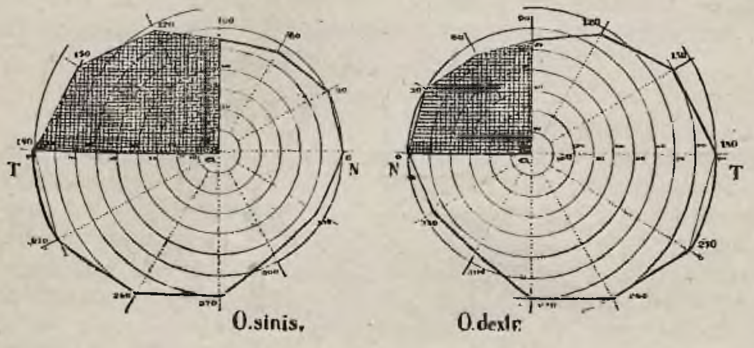
Wobec bystrości $V = {}^6/_6$ na obu oczach i zupełnie prawidłowego obrazu dna oka wykazał perymetr połowiczo-równoimienny ubytek centralny (scotoma) maleńki, bezwzględny i bardzo ostro ograniczony, kształtu trójkątnego, sięgający kątem do obu punktów fiksacyjnych, 3^0 długi, leżący po lewej stronie południka pionowego. 13/7 1917 zjawia się A. G. powtórnie i podaje, że przed kilku tygodniami miał zawrót głowy i nudności, i że czytanie stało się jeszcze trudniejsze, ale i na ulicy nie zawsze może rozpoznać znajomych.

Liczne zranienia mózgu w ostatniej wojnie zwiększyły ilościowo bardzo skromne dotychczas opisy ubytków połowiczych pochodzenia ośrodkowego.

Znajdowano je tylko po zranieniach najbardziej ku tyłowi leżących potylicznej części mózgu. Te doświadczenia wojen. potwierdzają przypuszczenia, że ośrodek dla plamki żółtej należy istotnie lokalizować w tylnym biegunie płata potylicznego mózgu.

Ale rany postrzałowe głowy wywołały jeszcze i inne niesłychanie dotychczas rzadkie ubytki pola widzenia, które ze swej strony przyczyniły się do utrwalenia tezy jak najściślejszej lokalizacji w zakresie ośrodka wzrokowego w szczeli-

nie ostrogowej i tylnym biegunie mózgu, bronionej przeciw Monakowowi przez Wilbranda, Uhthoffa, Lenza, Henschena i i. I śmiało można wraz z nimi nazwać korę wyścielającą szczelinę ostrogową wprost siatkówką korową. Jeżeli rana postrzałowa raniła tylną część mózgu tylko po jednej stronie linji środkowej ciała, to zjawiała się hemianopsja równoimiennie w polu widzenia po stronie przeciwnej, typowa lub nie, zupełna lub nie, zależnie od wielkości zniszczonego obszaru kory lub promieniowania wzrokowego,



Ryc. 2.

I tym razem $V-{}^{6}/_{6}$ na obu oczach, ale w polu widzenia zamiast ubytku centralnego wykazać można typową hemianopsję kwadrantową lewą górną, w której obrębie ubytek ów zginął. Ryc. 2, litera a oznacza w niej miejsce i kształt pierwotnego ubytku (scotoma), a ubytki równoimiennej częściowej hemianopsji (kwadrantowej) lewej, które się następowo zjawiły są zakreskowane.

a ubytki nie przekraczały południka pionowego, a zatem nie wchodziły na połowy widzące. Jednakże rany biegnące skośnie, albo poprzecznie, tj. w płaszczyźnie czołowej, mogą dotknąć obie półkule, a tem samem oba ośrodki: jedna i ta sama rana wywołać może zatem ubytek w polu nietylko obustronny, tj. na obu oczach, ale będzie on zajmował pole po obydwu stronach południka pionowego, i to albo w dolnych, albo w górnych połowach pól obu oczu, jako hemianopsja inferior lub superior (*horizontalis*). Powstania takich zmian nie można sobie inaczej wytłumaczyć jak tylko schorzeniem obydwu dolnych, albo obydwu górnych połów szczeliny ostrogowej. W hemianopsji dolnej możemy sobie wyobrazić, że cały ten ubytek składa się z dwu hemianopsji kwadrantowych równoimiennych, tj. że odpadły oba kwadranty dolne prawe i oba kwadranty dolne lewe. Aby się to mogło zdarzyć, muszą być schorzałe sklepienia, t. j., górne połowy szczeliny ostrogowej w obu półkulach mózgowych.

Oczywiście takie same ubytki mogłyby i musiałyby powstać po symetrycznem zranieniu obu promieniowań wzrokowych obu ciałek kolankowatych lub obu przewodów wzrokowych. Ale rany podobne musiałyby tak wiele innych dróg nerwowych ważnych dla życia po drodze zniszczyć, że człowiek skaleczeń tych nie mógłby przeżyć.

Istotnie hemianopsje poziome spostrzegano tylko przy zranieniach potylicy i wszystkie one przedstawiały hemianopsje dolne. W całej literaturze wojennej znany jest tylko jeden przypadek, opisany przez Uhthoffa hemianopsji górnej. Bo, aby ubytek ten powstał, musi być zranioną dolna połowa szczeliny ostrogowej; pocisk biegnąć musi wtedy tak blizko głównych zatok żylnych i móżdżku, że wyjątkowo tylko ich nie rani, a rana tych części układu nerwowego jest śmiertelna, stąd brak hemianopsji górnych w opisach. Oczywiście w ten sam sposób wytłumaczyć się daje powstanie ubytków centralnych, leżących po obu stronach południka pionowego. Dowodzą one również, że ośrodek dla całej plamki żółtej nie jest położony w górnej półkuli mózgowej; pole centralne nie jest więc wyjęte z reguły ogólnej i trzeba je lokalizować tak, jak resztę pola.

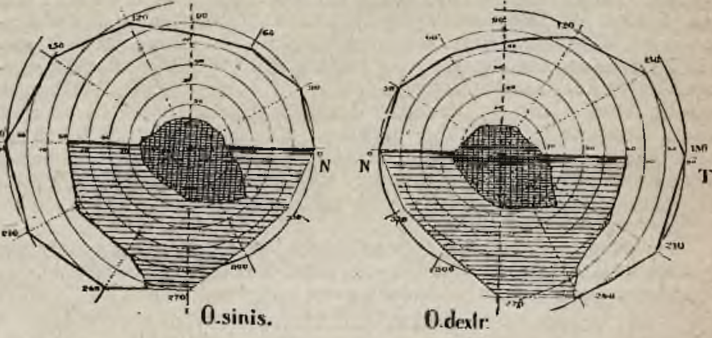
Jeszcze przed wojną, w roku 1914, Barbazan, opierając się na materjale klinik paryskich, doszedł do przekonania, że hemianopsja pozioma jest zmianą wojenną, a niewątpliwie przyszła wojna wykaże, że tylko hemianopsja dolna będzie częsta, bo rana, któraby mogła wywołać hemianopsję górną będzie śmiertelną. Wojna europejska w całości potwierdziła jego zapatrywanie. Tych hemianopsji poziomych dotychczas nie stwierdzono nigdy jako następstwa zakrzepu albo zatoru: aby ją wywołać, musiałoby bowiem ognisko chorobowe usadowić się albo w obu półkulach mózgowych, albo w dalszych drogach wzrokowych i to równocześnie i symetrycznie, albo też z jednej strony dotknąć dróg wzrokowych, a z drugiej strony korę potylicy równocześnie! Symetrja i równoczesność podobna jest mało prawdopodobna i istotnie dotychczas nie były nigdy stwierdzoną.

W roku ubiegłym miałem jednak sposobność spostrzegać wspólnie z Doc. Dr. Borowieckim na oddziale chorób nerwowych szpit. św. Łazarza niesłychanie rzadki przypadek nagłego pojawienia się hemianopsji poziomej u młodego człowieka, bez zranienia wojennego potylicy, powstały z powodu przyczyny całkiem niezwykłej.

S. C., lat 22, operowany dnia 2/7 1921 z powodu uwięzgnięcia przepukliny pachwinowej w uśpieniu eterowem. Pod koniec operacji ciężka, bo około pół godziny trwająca asfiksja, na drugi dzień chory niezupełnie przytomny i niespokojny. Silne wymioty i ślepota obu oczu! 4/7 wzrok powraca, ale choremu ciągle się przed oczami miga (*Scotoma scintillans?*), przytem mowa utrudniona o typie opuszkowym i ból potylicy głowy. Dnia 6/7 chory wypadł z łóżka (niespokojny), poczem na drugi dzień powtórnie wystąpiła ślepota. Badanie wziernikiem wykazało zupełnie prawidłowe dno oczu. Aż do dnia 16/7 chory jest niespokojny, nie widzi i źle mówi. 17/7 wraca poczucie światła, a dopiero w miesiąc później, tj. w połowie sierpnia zauważył chory, że widzi większe przedmioty, oraz barwy, jednakże tylko wtedy, gdy znajdują się w górze. Chód o typie bezładu móżdżkowego, mowa ciągle opuszkowa.

Doc. Dr. Borowiecki stwierdził wtedy poziomą hemianopsję dolną na obu oczach. Gdy 2/10 1920. chorego poraz pierwszy badałem, stwierdziłem brak wszelakich zmian na dnie oka. Chory widzi źle, bo zaledwie liczy palce do 1 mtr., jednakże tylko górną połową pól widzenia i aby je zobaczyć, albo gdy się porusza, patrzy stale w dół, by w ten sposób nastawić dolne widzące połowy siatkówek na przedmiot uwagi. Oznaczenie obszaru pola widzenia na perymetrze, bardzo trudne wobec ekscentrycznej i niepewnej fiksacji, wykazało istotnie bezwzględną i zupełną hemianopsję poziomą dolną na obu oczach, przyczem i w górnej połowie pól widzenia wypadł zupełnie obszar okolicy plamki żółtej sięgając do 12^{0} promienia od punktu fiksacyjnego ponad południk poziomy, zatem duży ubytek centralny.

Powtarzane stale co kilka tygodni badania pola widzenia wykazały, że stan ciągle się poprawia. Mianowicie na obwodzie obu pól zaczynają się wyjaśniać skroniowe odcinki (Rycina 1. BCDB i B,CD,B,) które zwolna tak objęły czynność, że sam chory podał, iż znacznie lepiej orjentować się może przy chodzeniu. Również ubytek bezwzględny dolnej połowy zaczął zwolna tracić swe wysycenie; znaczki perymetr. 10^{0} mm białe zaczęły oczy w dolnej połowie pola rozpoznawać i tylko ubytek centralny nie zmienił się i został stale bezwzględnym.



Ryc. 3.

Wynik ostatniego badania pola z dnia 18/9 1921 r., zatem w 14 miesięcy po oślepnięciu przedstawia rycina 3. Dno oka bez zmian. Bystrość wzroku 2/60 ekscentrycznie, barwy rozpoznaje dobrze w górnej połowie pól. Ślad mowy opuszkowej i bezładu móżdżkowego.

Przypadek ten jest ze wszech miar zjawiskiem odosobnionem, nietylko z powodu hemianopsji poziomej, ale i jej etiologji. Nagłą ślepotę musi się uważać za następstwo asfiksji. Podczas tak długiej asfiksji, przy dobrze bijącem sercu, krew do mózgu dopływa dobrze, natomiast z powodu nizkiego ułożenia głowy i niedostatecznego odpływu krwi żylnej, z powodu jej wadliwej aspiracji przy oddechu, musiało w najniższem miejscu głowy powstać silne przekrwienie bierne. A że

najniższem miejscem w tem położeniu głowy jest okolica tylnego bieguna sklepienia, tj. górnej powierzchni szczeliny ostrogowej, więc wobec przepełnienia naczyń powstała tam wybroczyna zrazu mała, która jednak 3-go dnia się powtórzyła. Dotknęła ona obie części potyliczne mózgu symetrycznie, inaczej bowiem jak tylko przez schorzenie górnych części obu szczelin ostrogowych tej hemianopsji dolnej wytłumaczyć sobie nie można. Że zaś bieguny tylne leżą najniżej, więc i tam wybroczyna była najsilniejsza, stąd te dwa centralne ubytki. Zdjęcie pola centralnego, wykonane sposobem Bierum'a (projekcja na ścianę z odległości 1 metra małemi znakami 10 mm), wykazało identyczną wielkość ubytków środkowych dla obu oczu. Rycina 3 bardzo wyraźnie okazuje, jak symetrycznie ten ubytek jest ułożony po obu stronach południka pionowego, przyczem i jego charakter hemianopsji jest zachowany.

Dalej potwierdza ten przypadek, że ośrodki części obwodowych pól widzenia leżą istotnie na obwodzie reszty kory wzrokowej. Przemijające zniesienie ich czynności było objawem sąsiedzkim, wywołanym czy to obrzękiem obocznym, czy uciskiem krwi wylanej, dlatego wyjaśniły się pierwsze i wyjaśniły się zupełnie. Objawy mowy opuszkowej i bezładu móżdżkowego można wytłumaczyć równolegle powstałem równoczasowem ogniskiem w móżdżku albo rdzeniu przedłużonym; w przebiegu hemianopsji zdarzają się objawy móżdżkowe, wybroczyny do szczeliny ostrogowej tego nie powodują.

Ubytek centralny całego obszaru plamki żółtej jest niesłychanie rzadkiem zjawiskiem, a znany jest tylko jeszcze jeden jedyny, podobny do naszego przypadek, opisany po wojnie rosyjsko-japońskiej przez japończyka Inouye. Tam jednak przyczyną była rana potylicy, zadana pociskiem karabinowym, obwodowe półksiężyce nie były zachowane, a hemianopsja dolna była i została zupełną i bezwzględną. W naszym przypadku pole widzenia przedstawiając równocześnie trzy rzadkie postacie niedowidzenia połowiczego, potwierdza tezę o ścisłej lokalizacji ośrodka wzrokowego w korze mózgowej potylicznej części mózgu, tezę Wilbranda contra Monakow. Równocześnie przypadek ten jest przykładem etjologji niedowidznia połowiczego, dotychczas nie znanej.

Piśmiennictwo. *)

Abelsdorf. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1916. Beiderseitige centrale Skotome. — Axenfeld. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1915. Hemianop. Gesichtsfeldstörung nach Schädelschuss. — Barbazan. Thèse de Paris 1914. Les hemianopsies dans les traumatismes. — Behr. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1916. Die homon. Hemian. m. einseitigem Defekt. — Fleischer. Heidelberger Bericht 1916. Uber den Ausfall des sichelförmigen Aussentheils ect. — Fleischer. u. Endinger. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1920. Homonyme Hemian. Gesichtsfeldstörung nach Schädelschuss. — Henschen. Spez. Sympt. u. Diagnostik der Sehbahnaffectionen. — Lewandowski. Handbuch der Neurolog. 1912. — Inouye. Sehstörung nach Schädelverletzung. Leipzig 1909. — Szily. Atlas der Kriegsaugenheilkunde I. Stuttgart 1916. — Uhthoff. Heidelberger Bericht 1916. Uber d. Verletz. des Sehzentrums. — Uhthoff. Graefe Sämisch. Handb. der Gesamt. Augenheilk. 1902. II Aufl. Band. XI. — Wilbrand. Verletzung. der Sehbahn. Wiesbaden 1918. — Wilbrand. Neurolog. des Auges Wiesbaden. 1917. VII. Band.

*) Piśmiennictwo tego przedmiotu jest olbrzymie, ograniczam się więc tylko do najważniejszych prac, które są w bezpośrednim najściślejszym związku z omówionym tematem.

Z praktyki.

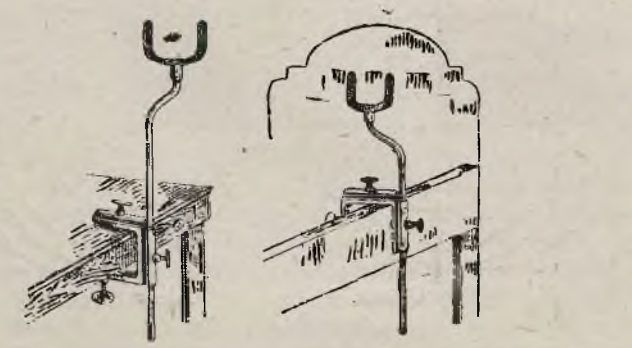
Dr. Eugeniusz Waygiel, asyst. kliniki. Lwów.

Model przenośnych trzymadeł do nóg.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Zasadniczą cechą tego modelu jest klamra z dwiema rurami, zaopatrzonemi w śruby do ujęcia i ustalenia właściwych trzymadeł. Rury te na zewnętrznych powierzchniach dwóch ramion klamry umocowane są pod kątem prostym do siebie; wobec tego można przytwierdzić klamrę jużto do stołu jużto do boku łóżka, a trzymadła w obu razach będą w tej samej płaszczyźnie pionowej — jak to z ryciny wynika.

Klamry od strony wewnętrznej opatrzone są w płytki gumowe dla ściślejszego przylegania do gładkiej powierzchni (n. p. politurowanej), a zarazem i nie rysowania tejże. Przy zastosowaniu klamer do boków łóżek żelaznych należy umieścić deszczułki dla wyrównania grubości ścian boków w stosunku do ich grzbietu, lub dla wypełnienia przestrzeni drabiniastych boków łóżka. Kabłąki trzymadeł powleczone skórą dają się odjąć od prętów żelaznych, na które nasadzone są zapomocą zamknięcia t. zw. bagnetowego. Pręty żelazne dla zmniejszenia objętości przy pakowaniu, dają się w połowie rozkręcać. Możność zastosowania trzymadeł czy to do stołu, czy to przy t. zw. poprzecznem łóżku, w praktyce prywatnej — tłumaczy ich zaletę.



W końcu słów parę zmuszony jestem dorzucić do historji powyższego przyrządu. Model ten, według mego pomysłu jeszcze w r. 1902, wykonała dla mnie firma Georgeon i Trepczyński we Lwowie. W r. 1907 był on umieszczonym na wystawie przyrodniczo-lekarskiej, atoli nie znalazł się w spisie exponatów. W tym czasie po mnie jedynie firma francuska Flicotaux et Co. przedstawiła model trzymadeł o podobnym celu, lecz bardziej skombinowany. W ostatnich latach firma Juljan Trepczyński we Lwowie, ul. Dominikańska 9, zaczęła bez mej zachęty wyrabiać ten model we większej ilości i znajduje on stosunkowo bardzo wielu chętnych nabywców pośród kolegów lekarzy.

Dogodność więc jego w praktyce stwierdzoną niechaj poznają i inni, których zainteresuje ten model i dlatego go ogłaszam, zanim, jak zwykle niestety, gotowi uczynić to obcy.

Ig. Grundzach. Warszawa.

O stosowaniu wewnętrznem jodyny.

Już od dawna lekarze francuscy, amerykańscy i rosyjscy stosują jodynę, jako dobry, pewny i tani preparat jodowy. Dawka, jaką stosują, zależy od celu, jaki się pragnie osiągnąć. W stwardnieniu tętnic pożądane są małe i średnie dawki, a np. w sprawach gośćcowych przewlekłych — średnie i duże. Francuzi kładą nacisk na to, aby w nalewce jodowej (1 : 10) nie było jodku potasu, zwykle w drobnych ilościach dodawanego dla lepszej rozpuszczalności jodu w wyskoku.

Co do dawki, kilkoletnie doświadczenie przekonało mnie, że najwłaściwsze są dawki małe i średnie, dużych nie stosowałem. Małą nazywam 1 do 5 kropel 3 r. dziennie, średnią od 5 do 15 kropel tyleż razy, wyższe stanowią 20 do 30 kropel, a Francuzi dochodzą do 60 kropel (łyżeczka) 2 razy dziennie. Chorzy znoszą jodynę doskonale; przy powolnem wzrastaniu dawki (codziennie o 1 kroplę za każdym razem) ani razu nie zauważyłem t. zw. jodyzmu. Chorzy z cierpieniem żołądka i kiszek (nieżyty) znosili jodynę bez zarzutu. Przeciwwskazania są natury ogólnej: dwaj starcy (rozedma płuc wraz z przew. nieżytem oskrzeli i sklerozą, musieli po 2—3 dniach (czyli po 6—9 kroplach) jodynę zarzucić z powodu duszności i kaszlu, a w jednym przypadku — przemijającej sinicy, tu więc zalecać należy ostrożność.

Co do nośnika (*vehiculum*) po mleku, wodzie osłodzonej, wypróbowałem na sobie osłodzoną herbatę średniej mocy w ilości $^1/_4$—$^1/_2$ szklanki i uznaję ją jako najlepszą w tym celu. Herbata z jodyną, wypijana tuż po jedzeniu, posiada smak araku, wcale przyjemny. Tworzy się związek jodu z garbnikiem (*jodum tannicum*) a związek ten, jak wiemy, należy do najlepiej znoszonych (jak w zachwalanym Vin Girard). Zapisywać należy: *T. jodi purissimae pro usu*

interno 10,0 lub *15,00*, i stosować np. 10 dni od 1 do 5 kropel (3 X dziennie) i odwrotnie od 5 do 1-ej, lub dni 20 1 do 10 i vice versa, w zależności od cierpienia i czynić 10—14 dniowe przerwy w tem leczeniu. Można też dodawać nieco *T. gallarum* (1 : 10).

W czasach drożyzny leków tak dobry preparat jodowy winien znaleźć szerokie zastosowanie.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Edmund Rosenhauch. Kraków.

O mechanizmie samoochrony i zdolności przystosowawczej oka ludzkiego*).

(Z uwzględnieniem własnych badań).

P i P. Będę mówił o mechanizmie samoochrony i zdolności przystosowawczej oka ludzkiego. Krótkość czasu i chęć nieznudzenia Panów sprawiły, iż temat traktować będę eklektycznie. Starałem się wybrać objawy ciekawsze, ale z konieczności wspominać będę o wielu szczegółach z codziennego życia ogólnie Panom znanych, napozór prostych i jasnych. Nie zastanawiacie się Panowie nad nimi, bo są, zda się, same przez się, zrozumiałe. Przy dokładniejszem jednak spostrzeganiu przekonamy się, że te niby najprostsze objawy są nader skomplikowane, że trzeba było dużo czasu i dużo pracy, oraz wielu badań, aby dojść do zrozumienia całego mechanizmu samoochrony oka.

Przyroda stworzyła dla oka ludzkiego, tego najcenniejszego ze zmysłów, szczególną oprawę: Oko ludzkie spoczywa w jamie oczodołowej jak gdyby w puszce kostnej. Silne kości brzegów oczodołu tworzą potężną ochronę od boków, góry i dołu i unicestwiły niejedno uderzenie, niejedno cięcie. Tylko dolno-wewnętrzny brzeg kostny oczodołu stanowi nieco mniejszy występ. Ale ma to też swoje szczególne znaczenie, gałka może się w tę stronę, tj. na zewnątrz bardziej przesunąć, co przyczynia się do znacznego zwiększenia pola widzenia. Na skórze ponad oczodołem umieszczone rzęsy zatrzymują pot spływający z czoła. Powieki z sprężystą chrząstką powiekową na brzegach wolnych urzęsione, dzięki odruchowemu mruganiu, chronią oko przed pyłem i przeszkodziły nie jednej muszce, która do oka chciała się dostać; jeśli mimo to, czy to ciało obce martwe czy owad, dostanie się do worka spojówkowego, następuje natychmiast odruchowo wzmożone łzawienie, które ma na celu usunięcie ciała obcego, albo też rozcieńcza szkodliwe substancje i łagodzi ich działanie.

Mechanizm ochronny łzowy zasługuje na osobną uwagę. Jak wiadomo wydobywają się łzy z gruczołu łzowego, umieszczonego w zagłębieniu kostnem pod zewnętrznym końcem górnego łuku oczodołowego, skąd spływają ku szparze powiekowej. Powieka, przylegając do gałki ocznej, tworzy rodzaj naczynia, względnie szpary włosowatej, w którą łzy na podstawie znanych praw fizycznych podchodzą ku górze. Dochodzą one 1—2 mm. ponad górny brzeg chrząstki powiekowej, jak o tem łatwo się przekonać przez wkroplenie jakiegokolwiek barwnika do worka spojówkowego. Wskutek ruchu powiek, a częściowo wskutek ciężkości, łzy ponownie spływają w dół do szpary powiekowej. Dzięki szczególnemu sposobowi zamykania się powiek, które najpierw następuje od zewnątrz a potem dopiero posuwa się ku nosowi, kierunek prądu łez skierowuje się ku wewnętrznemu kątowi worka spojówkowego, do tak zwanego jeziorka łzowego. W jeziorku tem zanurzone są ujścia kanalików łzowych, które wraz z woreczkiem i przewodem nosowo-łzowym stanowią niejako lewar (W e b e r). Przypuszczano, że dzięki włosowatości kanalików łzowych (M o l i n e l l i) łzy dostają się do woreczka łzowego, skąd dzięki własnej ciężkości spływają do nosa. A r l t sądził, że przy zamykaniu powiek, woreczek łzowy bywa naciśnięty, co powoduje odpływ łez do nosa. Wszystkie te przypuszczenia okazały się jednak mylne, albowiem z jednej strony, gdy ruch powiek wstrzymamy, łzy do nosa niemal nie spływają, niema też żadnego specjalnego mięśnia, któryby uciskał woreczek łzowy. Nowsze badania (S c h i r m e r) wykazały, że głównym czynnikiem popędzającym łzy ku nosowi jest ruch powiek. Każdy z nas przypomni sobie, że, jeśli np. wskutek wzruszenia łzy nam zaczynają do oka napływać, a chcemy je powstrzymać, wystarczy wykonać kilkanaście szybkich mrugnięć, ażeby je zepchnąć do nosa. Przy kurczeniu się mięśnia okrężnego powieki ulega napięciu więzadełko kątowe wewnętrzne, które, ponieważ jest zrośnięte z przednią ścianą woreczka łzowego, odciąga ją ku przodowi i nieco na zewnątrz. Ponieważ zaś tylna ściana woreczka łzowego, jest nieruchomo zrośnięta z okostną, pojemność woreczka się powiększa i działa jako pompa ssąca, wydobywająca za pomocą kanalików łzowych łzy z jeziorka łzowego. Z chwilą ustąpienia skurczu mięśnia okrężnego, woreczek łzowy, dzięki sprężystości swej ściany, wraca do pierwotnej objętości, przyczem łzy ulegają zepchnięciu do nosa. Łzy wzgl. normalna wydzielina worka spojówkowego przedstawiają się jako płyn wodojasny o składzie chemicznym następującym.

Na 100 części łez przypada:

wody	99.06
nabłonków komórkowych	0.14
białka	0.08
śluzu, tłuszczu	0·30
soli (sól kuchenna, fosforany wapniowe, magnezja i i.)	0.42

Badania wykazały, że łzy nie posiadają ani zdolności hemolitycznych ani bakterjolitycznych, antytoksycznych ani aglutynacyjnych. — Sam, zajmując się badaniami nad zapaleniem pryszczykowem oka, starałem się wybadać, czy łzy zawierają własności opsoniczne, które przyczyniałyby się do ochrony narządu wzrokowego przed zakażeniem. W tym celu badałem sposobem W r i g h t a własności opsoniczne normalnej wydzieliny spojówkowej wobec gronkowca białego, złotego, prątków okrężnicy, gruźlicy, błonicy i xerozy i mogłem się przekonać, że działanie opsoniczne łez wzgl. wydzieliny prawidłowego worka spojówkowego jest prawie żadne i równa się działaniu opsonicznemu fizjologicznej soli kuchennej. Inaczej ma się sprawa w przypadkach zapalenia spojówki. Chcąc przekonać się o tem experymentalnie, wywołałem na spojówce zwierzęcia (morska świnka, królik) zapalenie przez wtarcie jadowitej hodowli gronkowca złotego i mogłem stwierdzić, że wydzielina zapalna, po usunięciu części upostaciowanych zapomocą wirówki, oddziaływała opsonicznie na różne rodzaje mikrobów, jednakże najwybitniej na mikroby, które dane zapalenie wywołały, tj. gronkowce złote.

Wobec tych danych działanie łez w normalnym worku spojówkowym, polega głównie na mechanicznym czynniku, opłukującym gałkę. Łzy są tylko złą pożywką dla mikrobów, a nie wywierają nawet hamującego wpływu na ich rozrost. Głównym ich celem jest utrzymanie przeźroczystości rogówki, która nie zwilżana, wystawiona na działanie powietrza (w ostrych chorobach gorączkowych, na zwłokach), szybko mętnieje. Ponieważ podczas snu, powieki ustawione są niemal nieruchomo, a szpara powiekowa dość często nie jest dość szczelnie domknięta, mogłaby rogówka uledz częściowemu wyschnięciu. Przyroda i na to znalazła sposób: Oto podczas snu, gałka posuwa się nieco ku górze, tak, że rogówka kryje się w zupełności popod górną powieką. Dzieje się to zupełnie automatycznie, bez naszej wiedzy i woli.

Worek spojówkowy ma styczność bezpośrednią ze światem zewnętrznym. Zrozumiałą przeto jest rzeczą, że łzy stale parują. Mogłoby na pozór dojść do tego, że woda z łez wyparowałaby, temsamem zagęściłby się i zmienił znacznie skład chemiczny łez. By temu zapobiedz, stworzyła przyroda znowu aparat samoregulujący: w miarę parowania łez występują pomiędzy workiem spojówkowym, a naczyniami krwionośnemi spojówki prądy dyfuzyjne i osmotyczne, które w miejsce wyparowanej cieczy doprowadzają nową. W ten sposób tłumaczy się, że pomimo ciągłego parowania łez pod wpływem zmiany temperatury i warunków zewnętrznych skład chemiczny wydzieliny prawidłowego worka spojówkowego, ulega tylko bardzo nieznacznym wahaniom. Zdarza się czasem, że czy to wskutek nowotworu, czy wskutek ropienia, gruczoł łzowy ulega zniszczeniu. Zdawałoby się, że wobec tego rogówka narażona jest na niechybne wyschnięcie. Przyroda i na to znalazła radę: Oto umieściła wzdłuż górnego

*) Wykład w Tow. lek. krak. 16. lutego 1921.

brzegu chrząstki powiekowej cały szereg drobniutkich dodatkowych gruczółków łzowych (Krausego), które w razie zaniku głównego gruczołu ulegają przerostowi i obejmują zastępczo czynność wydzielania łez. Prócz gruczołów łzowych istnieje w powiekach cały szereg innych gruczołów (Meiboma, Molla, Zeissa), których wydzielina wraz ze łzami tworzy rodzaj smaru, ułatwiającego ruch powiek.

Gałka oczna spoczywa na sprężystej tkance tłuszczowej, dzięki której może się przesunąć na boki i ku tyłowi i tym sposobem złagodzić siłę uderzenia. Dzięki wężykowatemu przebiegowi nerwu wzrokowego w jamie oczodołowej oraz rozciągliwości i sprężystości mięśni ocznych, gałka ma możność przesunięcia się także nieco ku przodowi. Nerw wzrokowy niewyciągnięty ma długość od wejścia do oczodołu aż do gałki 26 mm., wyciągnięty 30 mm. W razie np. krwotoku pozagałkowego może się gałka zatem posunąć ku przodowi o całe 4 mm. bez uszczerbku dla swej czynności. Rzecz naturalna, ze przesunięcia gałki ku przodowi mogą być bez znaczniejszego zaburzenia czynności oka o wiele znaczniejsze, o ile nie występują nagle i temsamem oko ma możność przystosować się do zmienionych warunków (nowotwory pozagałkowe, przewlekłe ropienia jam bocznych nosa).

Gałka oczna, jako całość, przedstawia kulę, której warstwy od przodu ku tyłowi są przeźroczyste. Trzeba jednak o tem pamiętać, że przeźroczystość ta nie od początku embrjologicznego zawiązku oka istniała. Wiadomo, że rogówka, podobnie jak i soczewka, otoczone są pierwotnie całą siecią naczyń, które dopiero później zanikają, że zarówno rogówka, pochodząca embrjologicznie z tego samego listka zarodkowego, co i nieprzeźroczysta twardówka, jak i soczewka, są pierwotnie tworami nieprzeźroczystemi. Podobnie ma się też sprawa z ciałem szklistem, które, jak wiadomo, zrazu obficie unaczynione, w ciągu rozwoju traci te naczynia, rzadko tylko zachowując szczątkowe zmętnienia (*arteria hyaloidea* s. *Cloqueti*). Nabłonek rogówkowy jest embrjologicznie tego samego pochodzenia co skóra i dopiero w czasie rozwoju ulega odpowiedniej zmianie, stając się przeźroczystym. Wszystko tu jak widzimy przystosowuje się i przygotowuje do tego wielkiego misterjum, jakiem jest akt widzenia.

Gałka oczna przedstawia się jako pęcherz wypełniony płynem. Ścianę tego pęcherza stanowi włóknista twardówka i rogówka, która posiada tylko nieznaczny stopień elastyczności.

Ciśnienie wśródgałkowe wynosi 24—26 mm. Hg; do wywołania zgniecenia lub pęknięcia potrzeba zatem dość znacznej siły. Ciśnienie wewnątrz-gałkowe zależy w pierwszym rzędzie od części płynnych gałki, tj. od cieczy wodnej, ciałka szklistego, a przedewszystkiem od krwi, która krąży w naczyniach wewnętrznych błon oka. Każde wzmożenie się lub obniżenie ciśnienia krwi w tych naczyniach, musi wywołać w następstwie odpowiednią zmianę w ciśnieniu wśródocznem. Także i inne czynniki, jak np. zmiana objętości tęczówki i mięśnia rzęskowego, ucisk powiek i zewnętrznych mięśni ocznych i t. d, mogą wpływać na zmianę ciśnienia ocznego. Zdawałoby się, że wobec tego ciśnienie to ulega znacznym wahaniom. Tymczasem spostrzeżenie uczy nas, że przeciwnie, ciśnienie wśródoczne w warunkach fizjologicznych jest ilością dość stałą. A dzieje się to dzięki urządzeniu samoregulującemu. Jeśli np. z jakiegokolwiek powodu wystąpi podniesienie się ciśnienia w systemie naczyniowym ogólnym, to rzecz naturalna, ciśnienie to podnosi się także i w naczyniach oka, co znowu powoduje wzmożenie się ciśnienia wśródocznego; w tej samej jednakże chwili to wzmożone ciśnienie wypycha z gałki płyny wśródoczne, tak że ciśnienie wkrótce wraca do normy. Odwrotnie, jeśli z jakiegokolwiek powodu np. z powodu wypuszczenia cieczy wodnej z przedniej komory ciśnienie wśródoczne się obniży, natychmiast napływa większa ilość krwi do naczyń oka, występuje obfitszy wysięk płynu do gałki ocznej (sekrecja); równocześnie zmiejsza się także odpływ płynów ocznych (exkrecja) przez drogi limfatyczne, ponieważ ciśnienie, pod którego wpływem pozostają płyny wśródoczne, zmiejszyło się. Tym sposobem ciśnienie znowu wraca do normy. Dok. n.

Oceny i sprawozdania.

L. Bernard. **La Tuberculose pulmonaire.** *Etudes de phtisiologie clinique et sociale.* Paris 1921. str. 255. Autor spisał swe świetne wykłady szpitalne. Nie nazwał książki podręcznikiem, ponieważ chodziło mu głównie o podkreślenie poglądów, które w chwili obecnej dominują w nauce o suchotach płucnych.

W rozdziale pierwszym jest mowa o ogólnej „koncepcji" gruźlicy. Akceptuje poglądy panujące w szkole niemieckiej aż do uznawania zarażenia w latach dojrzałych za zależne zawsze od *superinfectio*.

W rozdziale o postaciach anatomicznych gruźlicy płuc podaje Bernard następujący podział postaci przewlekłych: 1) *Tuberculosis pulm. ulcero-caseosa extensiva*; są to suchoty postępujące. 2) *Tuberculosis pulm ulcerosocaseosa localisata*; suchoty o małej dążności rozwojowej. 3) *Tuberculosis pulmonum fibrosa extensiva*; jest to *phtisis fibrosa* ogólnie przyjęta. 4) *Tuberculosis pulm. fibrosa localisata*; do tej postaci zalicza stwardnienie szczytu bez dalszego rozwoju (terminologji Barda nie używa, ale postać jest jednak ta, którą wyodrębnił Bard). 5) *Tuberculo-bronchitis*. Postacie ostre ogólnie przyjęte. Zanotowania godnem jest, że tak częste w rozpoznaniu kliniki francuskiej nawały płuca (*congestio pulm.*), pod którem rozumie się zresztą bardzo różne sprawy (łagodne zapalenie płuc, to znów *spleno-pneumonia*) Bernard uważa za *cortico-pleuritis tuberculosa*, przynajmniej w większaści przypadków. Ta postać, zaliczona do gruźlicy ostrej, niemo zupełnie tych cech złośliwości, jakie łączymy z tem pojęciem patologicznem.

Krótki, ale jędrny jest opis objawów podmiotowych miejscowych. To samo trzeba powiedzieć o rozdziale poświęconym rokowaniu.

Rozdział szósty mówi o przewlekłych zapaleniach oskrzeli pochodzenia gruźliczego. Rozdział ósmy o *adenopathia tracheobronchitica tuberculosa*. Na czele rozdziałów poświęconych lecznictwu umieszcza autor rozdział o leczeniu odmą płucną, której jest wielkim zwolennikiem.

Najciekawsze rozdziały ostatnie opisują to, co obecnie Francja podjęła w walce z gruźlicą oraz na polu wykonawstwa higjeny publicznej i prywatnej. *Sew. Sterling* (Łódź).

Jean Félix. **Du scepticisme en médecine. Essai sur la méthode.** Paris. Baillière 1921 str. 74. Cena 4 fr.

W dziedzinę sceptycyzmu w medycynie wprowadziła autora, który jest lekarzem w Tuluzie, poprzednia jego praca o dwóch filozofach-sceptykach, a zarazem lekarzach i profesorach medycyny w Tuluzie: *„Deux médecins-philosophes à l' Université de Toulouse, Raymond Sébond* (... — 1432), *Francisco Sanchez 1550—1623)*", drukowana w czasopiśmie *Toulouse Médical* 1919 Nr. 6. Prócz tego autor jest pod wyraźnym wpływem znanej rozprawy fizjologa francuskiego Claude Bernarda *„Introduction à l' étude de la médecine experimentale"*. Wreszcie, zaczynając swoje wywody od „zwątpienia", wchodzi autor na historyczną drogę, którą kroczył był niegdyś wielki Kartezjusz.

Rozwijając tym sposobem myśli francuskie, autor w sposób elegancki porusza szereg tematów filozoficzno medycznych i dochodzi do prawideł i rad w rodzaju następujących: „Mieć stale w umyśle przekonanie, że każde zjawisko może być urzeczywistnione prawie zawsze przez rozmaite grupy warunków, bez możności ustalenia napewno, z którą grupą jest związane". Albo: „Badać każde zjawisko bez z góry powziętego poglądu; hipoteza powinna tylko kierować badaniem" itp.

Rady te są niewątpliwie całkiem trafne. Porównywując jednak myśli autora z poglądami naszych lekarzy, którzy kierunek filozoficzny w naszej medycynie rozwijali, zauważymy rychło, żeśmy w Polsce już dawno podobne tematy znacznie bardziej pogłębili. Biegański nie wołał "trzeba wątpić i wątpić", ale docierał do jądra zagadnień, wykazując, dlaczego tak trudno w biologji uchwycić związek przyczynowy i co trzeba robić, żeby go jednak uchwycić, a Chałubiński uczył o wskazaniach lekarskich w sposób równie głęboki pod względem filozoficznym, jak i ważny pod względem praktycznym.

Praca dra Félixa jest raczej cenną charakterystyką współczesnego stanu umysłów lekarzy francuskich, aniżeli pogłębieniem i jasnem sformułowaniem zagadnień filozoficzno-medycznych. Niewątpliwie jest przytem sprawiedliwą przestrogą dla lekkomyślnych badaczy. *Szumowski* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Deutsche med. Wochenschrift.
1921. Nr. 36.

W. Lasch. **O działaniu «sztucznego słońca wyżynnego» na przemianę.** U 3 osesków cierpiących na krzywicę w wieku od 2 do 3 miesięcy przeprowadził autor badania przemiany materji, celem stwierdzenia działania promieni pozafjoletowych na bilans wapnia i fosforu. Z badań tych wynika, że sztuczne promienie ultrafjoletowe wywołują u dzieci krzywiczych po kilku zaledwie naświetleniach przyrost wchłaniania wapnia i fosforu i że przyrost taki trwa jeszcze przez pewien czas po klinicznem wyleczeniu krzywicy. Działanie to

można wytłumaczyć albo jako skutek zmiany w układzie koloidalnym krwi, tak, że jest ona w stanie związać więcej wapnia, lub też jako działanie na wytwarzanie się w organizmie pewnych osobliwych czynników (»*Kalkfänger*« wedle Freudenberga).

H. i E. Dawidsohn. **Dalszy przyczynek do sprawy zębów *Hutchinsonowskich*.** Z trzech głównych objawów kiły wrodzonej obecnie jedynie zęby *Hutchinsonowskie* mają znaczenie patognomoniczne, gdyż dwa inne t. j. zapalenie rogówki i głuchota, bardzo rzadko występują, prawdopodobnie na skutek leczenia. Ząb *Hutchinsonowski* jest charakteryczny przez zgrubiałą postać korony zębowej, na krawędzi zaś siecznej posiada wyraźne półksiężycowate wydrążenie. Leczenie swoiste nie wpływa nań zupełnie. Autorowie znaleźli go w 40% przypadków kiły wrodzonej.

Beumer. **Wśródżylne wstrzykiwanie chlorku wapniowego w tężyczce osesków.** Wychodząc z założenia popartego doświadczalnemi badaniami, że objawy tężyczki pozostają w ścisłym związku z zubożeniem organizmu pod względem wapnia, uważają dziś stosowanie wapnia przeciwko tężyczce obok tranu i fosforu za jeden z najważniejszych postępów w dziedzinie pedjatrji. By zaś sprowadzić natychmiastowe działanie lecznicze przy objawach skurczu głośni lub napadu eklampsji, należy wprowadzić wapń do obiegu krwi w postaci wstrzyknięć śródżylnych, jak to się oddawna stosuje przy krwiopluciu. Autor przytacza przypadek tężyczki wraz z bronchotetanją w groźnym stanie eklamptycznym, który na skutek dożylnego wstrzyknięcia chlorku wapniowego w 20%-wym roztworze natychmiast ustąpił, jako zachętę do powyższego sposobu leczenia.

G. Stern i W. Schultz: **O związku między odczynem Pirqueta a hygieną gospodarstwa mlecznego.** Stwierdzono na poliklinicznym materjale w Rostocku, że odczyn Pirqueta częściej i silniej występuje przy użyciu tuberkuliny „*typus bovinus*", aniżeli przy tuberkulinie „*typus humanus*". Badania autorów potwierdziły w zupełności te wyniki na materjale 500 dzieci, jednakowoż wykryły równocześnie, że przyczyną tego zjawiska jest opłakany stan hygjeny tamtejszego gospodarstwa mlecznego. W osadzie mleka stwierdzono chorobotwórcze laseczniki gruźlicy typu bydlęcego.

F. Koester. **Zachowanie się szczytów płuc przy zapaleniu opłucnej i płuc.** Wedle licznych rentgenogramów okazuje się przy jednostronnem zapaleniu opłucnej lub płuca większe zaciemnienie szczytu po stronie chorej aniżeli po stronie zdrowej, co wskazuje na to, że w zapadzie tkanki płucnej wskutek ucisku lub procesu zapalnego bierze również udział i odnośna część szczytowa płuca. Należy w takich przypadkach pewne stłumienie szczytu odnieść do objawu uciskowego.

L. Zippert i F. Stern. **Współczesność pierwotnej zmiany kiłowej z ropniem okołocewkowym.** Opisany przypadek jest o tyle znamienny, że na skutek zarażenia mieszanego krętkiem bladym i rzeżączką wytwarza się ropień okołocewkowy, który pęka w miejscu charakterystycznem dla pierwotnej zmiany kiłowej t. j. w wieńcowym rowku żołędzi, gdzie też następnie występuje wrzód twardy. Przypadek ten nasuwa myśl, że jeszcze przed widocznymi klinicznymi objawami kiły pierwotnej, występują w tkance łącznej pewne zmiany, które ułatwiły w danym wypadku ujście ropy na zewnątrz, jako w miejscu mniejszego oporu.

R. Spiegelberg. **Błonica skóry w praktyce wiejskiej.** Opisanie 11 przypadków.

D. Ehlers. **Mitigal, nowy środek leczniczy przeciwko świerzbowi u niemowląt.**

G. Neugebauer. **Rzadki przypadek zatrucia arszenikiem.** Śmiertelne zatrucie na skutek połknięcia wkładki arszenikowej w zębie spróchniałym. Autor przestrzega dentystów przed niebezpiecznemi w rodzaju powyższym następstwami leczenia zęba pastą arszenikową.

Paul Biernath. **Kazuistyka gruźlicy żołądka.** Wedle danych statystycznych gruźlicze choroby żołądka należą do rzadkości. Tak na 258 wykonanych operacji żołądkowych znalazł Eiselsberg tylko 2 przypadki wrzodów gruźliczych. Wrzody gruźlicze odznaczają się tem, że występują w okolicy odźwiernika, mają brzegi wybujałe, na dnie zaś są czasem makroskopowo widoczne gruzełki prosówkowe, rzadko prowadzą do zabliźnienia. Forma naciekowa objawia się w zgrubieniu ściany żołądka z nacieczeniem tkanki otaczającej. Wreszcie opisują postać włóknistego raka ściany żołądka, prowadzącą do zwężenia światła. Co do sposobu zakażenia, to najwięcej zwolenników posiada teorja zakażenia drogę krwionośną; inni (Virchow, Rokitansky) przyjmują drogę naczyń chłonnych. Leczenie sprowadza się tylko do zabiegów operacyjnych, czy to resekcji żołądka, czy to zespolenia żołądkowo-kiszkowego. Następuje opisanie przypadku wrzodu gruźliczego żołądka, wyleczonego operacyjnie.

M. Klostermann i W. Weisbach. **Skład chemiczny osadu przy odczynie na kiłę Sachsa i Georgi'ego.**

L. M. Weber. **W sprawie należytych orzeczeń lekarskich co do wojennych neuropatów.** Nie należy używać wyrażenia «wstrząs nerwowy« ani w orzeczeniu lekarskiem, ani też wobec chorego. Nie przedstawia bowiem ono nic określonego. Jeśli t. zw. »zasypanie« spotkało chorego przed 2 lub więcej laty, trudno przypuścić, by następstwa tegoż utrzymywały się jeszcze czas tak długi, czy to pod postacią drżenia, czy to podobnych objawów. Zbyt często nadużywa się określenia »neurastenji« lub »ogólnego osłabienia nerwowego«, lub «hysterji« tylko dlatego, iż skargi chorego nie pozostają w żadnym stosunku do przedmiotowych wyników badania. Im dawniejszy uraz psychiczny, im pomyślniejszy stan ogólny, im mniej objawów pobudliwości i wyczerpania nerwowego, tem ostrożniejsi powinniśmy być z rozpoznaniem »osłabienie nerwowe«.

H. Sachs i H. Sahlman: **O własnościach osadu powstającego przy odczynie Sachsa i Georgiego.**

Friedemann: **O kamicy żółciowej ze stanowiska lekarza praktycznego.** Na podstawie bogatego materjału (214 przypadków) przedstawia autor cenne doświadczenia odnoszące się do rozpoznania, przebiegu i leczenia kamicy żółciowej. Podaje wskazanie operatywnego leczenia w zakresie względnie szerokim: należy operować (podobnie jak przy zapaleniu kątnicy) zapobiegawczo przy mniej ostro i bez powikłań przebiegających przypadkach. Statystycznie wykazuje autor najlepsze wyniki (1% śmiertelności) po zapobiegawczem leczeniu operatywnem.

H. Riese. **O kamicy żółciowej i chirurgji dróg żółciowych.**

R. Hinz. **O przedpiersiowej plastyce przełyku.** Znaczne przewężenie przełyku skutkiem zażycia ługu potasowego wyleczono operatywnie drogą plastyki, polegającej na wszczepieniu jelita cienkiego w miejsce wyciętej części zwężonego przełyku, przed klatką piersiową. Operację tę wykonano w siedmiu etapach, w przeciągu przeszło 1 roku i to z dobrym wynikiem. Ze względu na niebezpieczeństwo, połączone z leczeniem drogą zgłębnikowania przełyku, operacja ta jest godną uwzględnienia.

H. Riese. **a) Rzadki przypadek uzazowego wytrzeszczu tętniącego. b) Niezwykła anomalja tętnicy szyjnej.**

Wład. Nyáry. **Wczesny nawrót kiły układu nerwowego pod postacią odosobnionego porażenia nerwu bloczkowego (*trochlearis*).** W miesiąc po ukończeniu leczenia przeciwkiłowego, składającego się z 12 wstrzyknięć rtęci, a 4 neosalvarsanu, wystąpiły objawy ze strony systemu nerwowego w postaci zeza i podwójnego widzenia na skutek porażenia mięśnia zewn. oka lewego, mimo iż tego rodzaju nawroty w przypadkach nieleczonych salvarsanem należą do rzadkości. Nonne przypisuje je też błędnej lub niedostatecznej metodyce leczenia salvarsanem.

R. Spiegelberg. **Parasyphilis czy też Plaut Vincent?**

W. Wolfheim. **Pasyphilis a krętki jamy ustnej.**

B. Freyschlag. **O amyostatycznej grupie objawów przy nagminnem zapaleniu mózgu.** Przedstawiony obraz chorobowy jest analogiczny do opisanej przez Westfala i Strümpla t. zw. „*pseudosclerosis*" i odpowiada nazwanej przezeń amyostatycznej grupie objawów „*Amyostatischer Symptomenkomplex*"). Polega ona na zahamowaniu i opaźnianiu wszelkich ruchów dowolnych, sztywności mięśni, maskowatości wyrazu twarzy, chodzie wolnym i ciężkim, wlokącym się, lecz

nie ataktycznym, sztywności postawy, czasowem drżeniu rąk i nóg. Objawy te są następstwem zajęcia zapalnego zwojów podstawowych mózgu. Rokowanie, aczkolwiek niezbyt pomyślne, jednak nie beznadziejne. Przebieg bardzo przewlekły, skłonny do nawrotów. Nie możemy jednakże wykluczyć wedle dotychczasowych spostrzeżeń możliwości całkowitego wyzdrowienia.

P. Rosenstein. **O ciałach obcych w kątnicy** (*coecum*).

Hescheles (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.
T. 232. 1921.

A. Beutler. **O torbielach z wyściółki w trzeciej komorze mózgowej jako przyczynie śmierci.** U 43 letniego mężczyzny ze zmieniającymi się objawami chorobowymi ze strony mózgu bez określonego umiejscowienia, ale świadczącymi o guzie mózgu, nagła śmierć po 2 latach. Sekcja wykazała w trzeciej komorze torbiel wielkości czereśni, pozostającą w związku ze splotami naczyniowymi, idącymi do komór bocznych. Drobnowidowe badanie, jakoteż stosunek torbieli do splotu naczyniowego, każe przyjąć, że ma się do czynienia w danym przypadku z torbielą wyściółkową. Komory boczne w następstwie zamknięcia wodociągu były znacznie rozszerzone. Autor omawia pochodzenie torbieli, spotykanych w mózgu, zaznaczając, że niejedna torbiel mózgu opisana należy do torbieli wyściółkowych mimo zaliczania ich do torbieli innego pochodzenia. Charakterystyczne, że spotykano je głównie w trzeciej komorze, i że bardzo często nie dają żadnych objawów i mogą istnieć przez szereg lat a może nawet są pochodzenia wrodzonego. Określanie ich umiejscowienia za życia jest trudne, gdyż zwykle nie dają miejscowych objawów, a wcale charakterystyczną dla nich jest zmienność nasilenia i wogóle występowania objawów chorobowych, których może czasowo nawet nie być, a zależnem to jest w znacznym stopniu od przemijającego zamknięcia wodociągu i stąd zastoju płynu mózgowo-rdzeniowego. Niewątpliwie ma tu znaczenie położenie chorego, przemijające przekrwienia mózgu itp. Śmierć nagła może nastąpić już to po latach choroby, już to po kilku tygodniach.

R. Ganter. **Obwód tętnicy głównej i ciężar serca według danych sekcyjnych u padaczkowych i głupowatych (idjotów).** Za wskaźnik szerokości tętnicy głównej, mierzonej tuż nad zastawkami, przyjął autor w swych obliczeniach liczbę otrzymaną z podzielenia liczby, oznaczającej ciężar serca (w gr.) przez liczbę szerokości mierzonej tętnicy (w mm.). Na podstawie przebadanych 240 przypadków i danych z piśmiennictwa przychodzi autor do następujących wniosków: wskaźnik 3 lub 4 świadczy o prawidłowo szerokiej tętnicy głównej, poniżej 3 stosunkowo za szerokiej tętnicy w stosunku do serca, powyżej o wąskiej tętnicy. U całkiem młodych osobników (do 10 lat) ze wskaźnikiem 1, tętnica jest za szeroka w stosunku do serca, następnie w miarę starzenia się wskaźnik waha się między 3 i 4. Za wąska tętnica główna w stosunku do serca może być następstwem jego przerostu, lub też może być wrodzoną. Obwód tętnicy sam dla siebie (a zatem nie w stosunku do serca) zwiększa się w miarę wieku, u kobiet jest stale mniejszym, niż u mężczyzn. W podobny sposób i ciężar serca się zwiększa z wiekiem, spada jednak po 60 roku. Między długością ciała, jego ciężarem i ciężarem serca nie można stwierdzić jakiegoś stałego stosunku. Serce niedorozwinięte stwierdził autor w naszym materjale w 8%.

E. Kratzeisen. **Pozamostkowa przepuklina przeponowa.** Opis przypadku przepukliny w części mostkowej przepony nieco na lewo od linji środkowej, zawierającej część jelita grubego we worku przepuklinowym u osobnika, u którego klinicznie rozpoznano miażdżycę i nerkę marską. Niewątpliwie w związku z uciskiem stwierdził znaczne zmniejszenie lewego płata wątroby. W zakresie wypuklenia brak włókien mięsnych przepony. Zdaniem autora ma się do czynienia z wrodzonem niewytworzeniem się mięśnia przepony w jej części mostkowej, co też było warunkiem do wytworzenia się przepukliny. *W. N.* (Lwów).

Hygjena i Bakterjologja.

Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten.
T. 93. Z. 1 1921.

R. Otto i F. Winkler. **Uwagi o doświadczalnym durze osutkowym u morskich świnek, szczurów i królików.** Sprawa *Rickettsji*. Do doświadczeń używano 3 szczepów duru osutkowe o. Na świnkach, oprócz już znanych zmian, spostrzegali autozy wybroczyny na skórze, a w jednym przypadku na otrzwnej. Dotychczas djagnoza duru osutkowego u świnki mo skiej przy życiu polega na podniesieniu ciepłoty i spadku na wadze; badania hematologiczne dały zaś autorom wyniki ujemne. Szczury i króliki przechodzą dur osutkowy bez podnesienia ciepłoty, jednakże mózg ich wzięty w tym okresie, kiedy u świnki jednocześnie zastrzykniętej zaczyna się podniesienie ciepłoty, jest zakaźny dla świnki. Odczyn Weil-Felix'a u królików zakażonych mózgiem świnki wypadł dodatnio w połowie badanych przypadków (3 na 7); miano $^1/_{40}$—$^1/_{80}$. Autorzy próbowali hodować Rickettsje metodą Kuczyńskiego (rurka szklana z surowicą krwi w otrzewnej świnki morskiej) i otrzymali drobnoustroje podobne do otrzymanych przez Kuczyńskiego. Jednakże twierdzą, że te wyhodowane drobnoustroje nie są Rickettsjami. Hodowlami temi udało się autorom tylko w jednym przypadku zarazić świnkę durym osutkowym.

Hoffmann, Anton. **Tworzenie aglutynin po dożylnem zastrzykiwaniu i działaniu nieswoistych ciał proteinowych na aglutynacyjne miana.** Zastrzyknięcie nieswoistych ciał proteinowych nie wpływa na miano aglutynacyjne.

Mnuter, Hans. **O oddzielaniu się niweczników od drobnoustrojów nasyconych aglutyninami.**

Wreschner, Hans. **O niebezpieczeństwie używania środków zakaźnych do tępienia myszy i szczurów.** Między szczepami jadowitemi dla myszy i szczurów autor znajduje szczepy paratyphus B (w 10 przypadkach na 52). Wobec szkodliwości dla ludzi autor poleca, aby preparaty zawierające laseczniki nie były wyrabiane ani stosowane w miejscach, gdzie znajdują się produkty żywnościowe.

Lange, Bruno. **Dalsze badania nad kwasoodpornymi saprofitami pokrewnymi lasecznikom gruźliczym.** Saprofity kwasoodporne często spotykają się w rurach metalowych (instrumenty muzyczne, rury wodociągowe) i u zwierząt zimnokrwistych (ryb, żab). Rozwijać się one mogą przy ciepłocie nieco wyższej od 0°. Saprofity kwasoodporne są wcale albo bardzo mało jadowite dla zwierząt ciepłokrwistych. Jednakże po zastrzyknięciach w ciągu kilku tygodni znajdowano saprofity kwasoodporne nie tylko w miejscu zastrzyknięcia ale i w naczyniach chłonnych. Przeciwciała (aglutyniny, wiązanie dopełniacza) wytwarzane pod wpływem saprofitów kwasoodpornych wykazują pewne pokrewieństwo z lasecznikami gruźliczymi. Jednakże przez zastrzykiwanie saprofitów kwasoodpornych nie udało się zabezpieczyć zwierzęcia przeciw gruźlicy.

Wreschner, Hans. **Badanie nad biologicznem znaczeniem otoczki u *micrococcus tetragenus*.**

Baumgarten W. **Zastrzykiwania przecinkowców cholery do otrzewnej i doświadczenie Pfeiffera na myszy.** Badania autora potwierdzają pogląd Pfeiffera, że surowica ochronna przy cholerze nie jest antytoksyczną; działanie jej następuje tylko w obecności dopełniacza niezbędnego do rozpuszczenia drobnoustrojów. U myszy dla otrzymania zjawiska Pfeiffer'a trzeba stosować mniejsze dawki mątwika cholery, wobec mniejszej ilości dopełniacza u tych zwierząt. Dla zwiększenia ilości dopełniacza autor radzi zastrzykiwać buljon w przeddzień doświadczenia; w tym przypadku otrzymano systematyczniejsze wyniki.

Sznitzer R. i F. Munter. **O zmianach, którym podlegają paciorkowce w ustroju zwierzęcym.** Autorzy w tej pracy poruszają zagadnienie mutacji paciorkowców, które z hemolizujących zjadliwych szczepów przechodzą w formy nie hemolizujące (wytwarzają zielone kolonje na pożywkach z krwią). Te zmiany w szczepach paciorkowców autorzy otrzymali przeprowadzając je przez białe myszy. Jednocześnie z utratą własności hemolizujących zjadliwość tych szczepów zmniejsza się do minimum W niektórych przypadkach po dłuższym okresie

czasu (do 5 miesięcy) szczepy odzyskiwały swoje własności hemolityczne po przeprowadzeniu ich przez białe myszy.

H i p p k e E. Nowe próby nad znaczeniem kropelkowego zakażenia w szerzeniu się suchot.

D o e r r R. i W. B e r g e r. Zawartość swoistego białka we krwi. Ilość białka swoistego nie jest charakterystyczna dla rodzaju. Autorowie przypuszczają na mocy swoich doświadczeń, że zwiększenie własności antygenowych surowicy zależne jest od zwiększenia ilości globulinów. Dlatego też surowice odpornościowe nie powinny być identyfikowane z surowicą normalną w doświadczeniach nad nadczułością. Zdolność niektórych surowic wywoływania surowiczej choroby może polegać na zwiększeniu grobulinów.

F. Przesmycki (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archive des maladies du cour et des Vaisseaux. N. 2—8. 1921.

L a u b r y, M o u g e o t et G i r o u x. Szybkość przesuwania się fali tętniczej. Obszerna praca autorów dotyczy stanów normalnych, zmniejszonego ciśnienia krwi, zwiększonego ciśnienia krwi przy sercu działającem sprawnie oraz przy niesprawności sercowej, wad zastawkowych, zmian miażdżycowych w tętnicy głównej i płucnej, tętniaków tętnicy głównej, miejscowych zwężeń tętniczych, zmiennego napięcia tętnic, oraz kilku innych stanów chorobowych. Zamiast opisu i motywowania metodyki autorów, podajemy ją na przykładzie. Zdjąwszy za pomocą polygrafu krzywe tętnicze w różnej odległości od serca, autor odmierza dokładnie różnicę w czasie powstawania każdej z tych krzywych, i dalsze wyliczenie prowadzi w następujący prosty sposób. Jeżeli np. odległość od tętnicy podobojczykowej do promieniowej wynosi 56 cm., a różnica w czasie powstania odnośnych fal tętniczych była 0.04 sek., to szybkość przesuwania się fali (V) wynosi 14 metrów na sekundę. Następnie przy odległości danego miejsca ramienia od łydki równej 80 cm. i różnicy w czasie powstawania odpowiednich krzywych tętniczych równej 0,08 — V równa się 10 metrom na sekundę. We wszystkich przypadkach autor określał ciśnienie skurczowe (Mx) i rozkurczowe (mn) krwi.

Otrzymane przy tem wnioski są następujące: W stanie fizjologicznym szybkość posuwania się fali tętniczej wynosi w kończynach górnych 8 metrów na sekundę, w dolnych zaś 9 metrów na sekundę. W stanach chorobowych szybkość posuwania się fali tętniczej wzrasta w stosunku prostym do zwiększenia się ciśnienia skurczowego (Mx), o ile tylko sprawność mięśnia sercowego zostaje zachowana. Jeżeli zaś sprawność lewej komory ulega czasowemu lub trwalszemu zaburzeniu, w takim razie szybkość przesuwania się fali tętniczej nie jest proporcjonalną do stopnia przyrostu Mx, mianowicie jest w stosunku do tego ostatniego zmniejszoną. Przy utracie sprężystości tętnic występują znaczne różnice w szybkości posuwania się fali krwi w tętnicach kończyn górnych i dolnych, mianowicie w tych ostatnich jest ona większa. Zwężeniu ujścia tętnicy głównej, oraz jej tętniakom towarzyszy zmniejszona szybkość przesuwania się fali tętniczej. W chorobie B a s e d o w a wyniki badania były zmienne, co zależy, zdaniem autora, od niezawsze jednolitej przyczyny tego cierpienia.

F o l l e t i E. C a i l l e. Przypadek zupełnego zwężenia części piersiowej tętnicy głównej. W pewnym przypadku krwotocznego zapalenia opon mózgowych autorowie stwierdzili znaczne rozszerzenie powierzchowych tętnic górnej części tułowia i niezmiernie żywe tętno na kończynach górnych przy zupełnym braku tętna na tętnicach udowych.

Ciśnienie, wzięte z tętnic promieniowych (przyrządem P a c h o n 'a), wynosiło: Mx 21, mn. 12, podczas gdy na kończynach dolnych Mx wynosiło 11, a mn 9. Potarcie skóry ponad pępkiem dawało linię czerwoną, na kończynach zaś dolnych — linię białą. Lewe serce znacznie powiększone. Pierwszy szmer u ujścia tętnicy głównej i wzdłuż prawego brzegu mostka, aż do wyrostka mieczykowatego. Badanie pośmiertne wykazało niezmierne zwężenie tętnicy głównej tuż pod miejscem odejścia od niej tętnicy podobojczykowej. Światło tętnicy głównej przepuszczało w tem miejscu zaledwie szpilkę. Zwężenie światła zależało od tak niesłychanego zgrubienia błony wewnętrznej tętnicy bez znaczniejszego udziału w tej sprawie pozostałej części ścian naczyniowych. Autorowie rozpoznali w tym przypadku za życia znaczne zwężenie części piersiowej tętnicy głównej i uważają na zasadzie swego wyjątkowo wybitnego przypadku, że symptomatologja kliniczna podobnego stanu da się streścić w następujących pięciu punktach: 1) podniesione ciśnienie krwi w kończynach górnych; 2) niskie ciśnienie krwi w kończynach dolnych przy bardzo nikłem na nich tętnie; 3) powstanie dodatkowego krążenia tętniczego w tętnicach łopatkowych, sutkowych wewnętrznych i nadbrzusznych; 4) szmer skurczowy w tętnicy głównej, idący wzdłuż mostka; 5) przerost komory lewej serca.

J. Y a c o e l. Klasyfikacja napadowych częstoskurczów serca Materjał doświadczalny i kliniczny pozwala obecnie na ustalenie trzech postaci częstoskurczu napadowego serca, zależnie od ich podstawy anatomicznej.

1) Postać najtypowsza, w której częstoskurcz dotyczy komory. Jest to choroba B o u v e r e t - H o f f m a n a. Ognisko znajduje się w pobliżu węzła Aschoff-Tawara'y. Tętno tętnicze i żylne są przytem jednakowo i jak wiadomo, niesłychanie szybkie. Za pomocą krzywej elektrokardjograficznej można ustalić z łatwością, czy ognisko chorobowe znajduje się tuż ponad wspomnianym węzłem, w nim samym, czy też tuż pod nim. W pierwszym razie krzywa EKG wykazuje jeszcze niezmiernie słaby załamek P, dowodzący trwającego jeszcze minimalnego udziału przedsionka w pracy serca. W drugim zaś i trzecim razie załamka tego brakuje zupełnie, lub jest on odwrócony, gdy skurcze komory przechodzą dopiero wtórnie na przedsionek.

2) Postać przedsionkowa częstoskurczu, czyli choroba M a c W i l l i a m s'a nazwana przez Anglików «auricular flutter», czyli trzepotanie przedsionkowe. Ognisko chorobowe znajduje się przytem w przedsionku, który kurczy się wskutek tego bardzo szybko, co daje tętno żylne bardzo szybkie, podczas gdy częstość skurczów komory, a więc i tętna tętniczego, pozostają normalne. Znaczna liczba skurczów przedsionkowych nie przechodzi na komorę, czyli jak się to powszechnie mówi, zostaje zahamowana. Najczęściej stosunek skurczów przedsionków do skurczów komory wynosi stale 2 : 1 do 3 : 1. Jest to więc postać miarowa trzepotania przedsionków. W innych przypadkach stosunek ten nie jest prawidłowy. Powstaje więc wtedy trzepotanie przedsionków nieprawidłowe.

3) Postać zatokowa częstoskurczu serca, jedyna niezwiązana w swojej nazwie z żadnym autorem. Powstaje ona wskutek ogniska w walce żylnej, czyli w ośrodku K e i t h - F l a c k'a, lub w bezpośrednim jego sąsiedztwie. Krzywa EKG zachowuje wtedy, rzecz jasna, swój prawidłowy skład z trzech głównych załamków PRT.

4) Wszystkie te trzy postaci częstoskurczu serca różnią się zasadniczo od napadu zupełnej niemiarowości tętna, cechującej się zupełnie niemiarowem trzepotaniem (*fibrillatio*) przedsionków, ujawniającem się na krzywej EKG w postaci drobniutkich nieprawidłowych drgań, tak jak to ma miejsce przy stałem trwaniu tej postaci niemiarowości.

R. L u t e n b a c h e r. Polygraf kliniczny zapisujący optycznie. Zapisywanie krzywych na okopconym papierze wymaga tarcia, które znieczula pióro. Pozatem papier ma długość nieznaczną. Pragnąc uniknąć tych wad, autor zbudował łatwo przenośny przyrząd, zapisujący drgania tętnic optycznie. Piórka od bębenków M a r e y'a są ustawione na przebiegu snopu promieni światła, wychodzącego z lampy o sile 5 volt, zasilanej przez odnośny element suchy lub prąd miejski, osłabiony przez odpowiednie oporniki. Cień pióra pada na szparkę, pod którą z szybkością, regulowaną przez odnośny zegar, przesuwa się filma 10 metrów długa i 8 cm. szeroka. Otrzymana w ten sposób krzywa jest niezmiernie wyraźna dzięki nadzwyczajnej czułości przyrządu. Autor wykazuje to na pewnym przypadku trzepotania przedsionka, który kurczył się 380 razy na minutę, (przy normalnej liczbie skurczów komór), a pomimo to, dawał, jak to widać na krzywej autora, wspaniałe fale żylne, odpowiadające każdemu z tych jego

skurczów. Również wspaniałe krzywe żylne otrzymuje autor w ten sposób nawet w przypadkach zupełnej niemiarowości tętna, w których trzepotanie niemiarowe przedsionka można było dotąd uwidocznić tylko za pomocą elektrokardyografu. Taki sam przyrząd o szerokości filmy 10—12 cm., może służyć do wszelkich celów w pracowniach fizycznych i fizjologicznych. *Władysław Janowski.* (Warszawa).

Chirurgja.

Journal de Chirurgie.
Tom XVI. Nr 5. 1920.

H a r t m a n: **O uchyłkach przełyku.** Autor wypowiada zdanie, że uchyłki przełyku nie zdarzają się tak rzadko, jakby sądzić można było z przypadków ogłaszanych. Często są nierozpoznawane, a objawy, na jakie chory narzeka, przypisywane są raczej innym cierpieniom, np. zwężeniom lub spazmowi przełyku. Osobiście przyznaje się H a r t m a n do 2 błędnie rozpoznanych przypadków. Jeden dotyczył lekarza lat 65, który miewał dolegliwości przy połykaniu. Zgłębnik wkładany do przełyku, jednego dnia trafił na opór, drugiego zupełnie swobodnie przechodził do żołądka. H a r t m a n, jak również i P e r i e r rozpoznali przejściowy kurcz przełyku. W istocie rzeczy jednak był to uchyłek, na tle którego w 10 lat później rozwinął się rak i dokonano gastrostomji. W drugim przypadku chodziło o człowieka lat 60 zupełnie wyniszczonego, który od kilku dni nic nie połykał. Przypuszczając raka przełyku, dokonano gastrostomji; na sekcji stwierdzono uchyłek przełyku i tutaj przyznaje H a r t m a n, że właściwie powinno się było rozpoznać uchyłek, chory bowiem podawał w wywiadach, że od 8 lat miał uczucie zatrzymywania się pokarmów w przełyku i często wymiotował zaraz po jedzeniu. Dziś, gdy, rozporządzamy promieniami X, pomyłki takie nie powinny się zdarzać, nie mniej jednak zdarzają się, i tutaj przytacza H a r t m a n historję chorego, który w kwietniu r. b. został przyjęty do kliniki. Chory ten uskarżał się na niesmak, nieprzyjemne uczucie w jamie ustnej, oraz odbijanie, które już trwa od $3^1/_2$ lat. Specjalista, badając go stwierdził, że proszek bizmutowy, posuwając się w przełyku, naraz zatrzymywał się na pewien czas, poczem znów posuwał się dalej; lekarz przypuszczał tu kurcz przełyku. H a r t m a n, badając tego chorego, stwierdził jeden objaw, który odrazu nasuwa myśl o uchyłku przełyku, a mianowicie, uciskając na tchawicę od przodu ku tyłowi, odnosił wrażenie kruczenia, zależnego od opróżnienia się uchyłka; objaw ten znikał z chwilą gdy uchyłek został opróżniony i chory nie przyjął pokarmu. Radjografja wykazała później uchyłek na wysokości VI kręgu szyjnego. Omyłki tego rodzaju są wykluczone, jeżeli uchyłek jest duży, jak np. w następującym przypadku: kobieta, l. 61, od 9 lat miewa trudności przy połykaniu; chora ta podaje, że gdy uciśnie ręką szyję, wywołuje szmer, jak przy odbijaniu. Wkrótce chora ta stwierdziła, że szmer ten pojawia się często podczas jedzenia przy połykaniu. Od 8 lat miewała nocami napady kaszlu, przyczem zwracała pokarmy; raz zwróciła proszek weronalu, zażyty przed 40 godzinami. Od $1^1/_2$ roku zauważyła, że gdy położy się na bok, wówczas jak gdyby opróżniała się jakaś kieszeń, a wówczas chora miewa uczucie, że będzie wymiotowała; natychmiast kładzie się na wznak i objawy ustępują. Od 2 lat chora tą straciła 23 kg. Badanie stwierdziło co następuje: Jeżeli chora stoi z głową pochyloną ku przodowi, to nic szczególnego stwierdzić nie można, jeżeli zaś głowę podniesie do góry, wymiotuje, wówczas z lewej strony szyji u dołu widać wzniesienie; ucisk w tem miejscu wywołuje szmer kruczenia. Chora zaznacza, że często pokarmy wracają do jamy ustnej, i po raz drugi są przeżuwane. Rentgenoskopja stwierdza uchyłek, w kształcie owalnej kieszeni, usadowionej pośrodku szyji, dolna granica kieszeni na wysokości mostka. Przy połykaniu kieszeń ta przesuwa się ku górze i ku dołowi na szerokość palca.

H a r t m a n odróżnia dwa rodzaje uchyłków przełyku: podług Z e n k e r a i Z i e m s e n a uchyłki z pociągania i z wypuklenia. Uchyłki z »pociągania« (Traktionsdivertikel) są dosyć częste. F i e d e m a n n na 433 przypadków sekcyjnych znalazł $4^0/_0$ takich uchyłków u dorosłych; zazwyczaj są one małe, rzadko dochodzą wielkości orzecha, usadowione bywają w okolicy podziału tchawicy, prawie zawsze są zrosłe z którymś z gruczołów śródpiersia. Kierunek ich, skośnie i ku górze idący, sprawia, iż pokarmy nie zatrzymują się w nich; klinicznie nie dają takie uchyłki żadnych objawów. Siedziba ich wyklucza myśl o operacji.

Dla chirurga mają znaczenie t zw. uchyłki z »wypuklenia« (Pulsionsdivertikel), usadowione w górnej części przełyku. Przebieg kliniczny tych uchyłków opisują w następujący sposób: Z początku chory skarży się na znaczne ślinienie i suchość w gardle, co nasuwa myśl o nieżycie gardła, później zjawiają się dolegliwości przy połykaniu, uczucie zatrzymywanie się ciała obcego w przełyku, wymioty, co wskazuje na pewnego rodzaju zwężenie. Stopniowo rozwijają się charakterystyczne objawy uchyłka przełyku: w czasie jedzenia chory miewa uczucie zatrzymywania się pokarmów, swego rodzaju ból, wymioty, poczem znów swobodnie może jeść dalej. Nieraz się zdarza, że chory może połykać tylko w pewnem położeniu ciała. Chory N e u k i r c h a połykał, leżąc na prawym boku; uchyłek, znajdujący się po prawej stronie, przestawał wtedy uciskać na przełyk. Ucisk na uchyłek wystarcza nieraz, aby go opróżnić. Oględziny stwierdzają, co następuje: jeżeli uchyłek jest znaczny, to zwykle daje się stwierdzić w postaci wzniesienia przeważnie po lewej stronie szyji u dołu. Ucisk w tem miejscu wywołuje szmer kruczenia, bełkotania lub odbijania. Zgłębnik rzadko udaje się wprowadzić do żołądka. Najprostszym i najlepszym sposobem jest badanie za pomocą promieni X, pozwala ono bowiem widzieć uchyłek w położeniu przednio-tylnem, bocznem, jak również i stosunek uchyłka do przełyku. Cierpienie to, pozostawione samemu sobie, sprowadza zejście śmiertelne wskutek stopniowego wyniszczenia ustroju, powikłań płucnych, lub wtórnego raka. Co do leczenia chirurgicznego, to we Francji zadowalano się jedynie środkami paljatywnemi, gastrostomią lub zgłębnikowaniem. Jeszcze w 1909 r. w Towarzystwie chirurgów paryskich D e m o u l i n s zalecał zgłębnik i nikt z obecnych chirurgów nie zaproponował leczenia za pomocą operacji. Dziś jest rzeczą jasną, że zgłębnikowanie wogóle jest trudne i udaje się tylko z początkiem choroby, kiedy zwężenie wywołane uchyłkiem przełyku, jest nieznaczne. Jeżeli uchyłek jest większy, to jedynie operacja może dać jakieś wyniki. Chirurgów powstrzymywała tutaj także obawa przed szybkiem, niepomyślnem zakończeniem choroby, której przebieg bez operacji jest przewlekły i dość długi, i obawa przed zakażeniem śródpiersia. Pośród różnych zabiegów niektórzy, aby osłabić możliwość zakażenia, zalecają zmniejszenie uchyłka za pomocą szwów zewnętrznych, tworząc fałdy, aż wreszcie zupełnie wgłębiają uchyłek do światła przełyku; tak np. operuje G i r a r d, podobnie B e r o n. Inni znów, jak G o l d m a n, operują dwuczasowo: najpierw oddzielają uchyłek od otoczeczenia, podwiązują go u podstawy, wyciągają na zewnątrz i umocowują w biegunie górnym rany, tamponując dokładnie otoczenie rany. Po 8 dniach następuje zgorzel uchyłka, pozostaje przetoka, która się łatwo goi. M u r p h y oddziela uchyłek, skręca go i tak skręcony wszywa w ranę; po 15 dniach, gdy rana pokrywa się ziarniną, odcina uchyłek. M a y o wyciąga uchyłek na zewnątrz, przyszywa przełyk do rany skórnej u podstawy uchyłka, po 12 dniach resekuje uchyłek, a brzegi zaszywa, wgłębiając je ku wewnątrz. H a r t m a n jest zwolennikiem jednoczasowego postępowania, a mianowicie resekcji uchyłka i natychmiastowego zaszycia. W i t t S t e t t e n podaje 55 takich przypadków, przyczem w 5 przypadkach wykonano poprzednio gastrostomję. H a r t m a n uważa gastrostomię za wskazaną z jednej strony, by podnieść stan odżywienia wyniszczonego głodem ustroju, i powtóre, by zwolnić przełyk od przeprowadzania pokarmów w pierwsze dni po operacji. *Dr. L. Dengel* (Kraków).

Położnictwo.

Monatsschrift f. Gynaekologie.
T. LIV.

D. H e r r m a n n. **Wpływ ciałka żółtego względnie lipoidu łożyskowego na krwawienia typu miesiączkowego i zanik czynności.** Według podanej przed 5 laty metody H e r r m a n n a

można ze świeżego ciałka żółtego krowy jakoteż z ludzkiego łożyska otrzymać chemicznie ciało lipoidowe, które ma niezmierny wpływ na narząd rodny i gruczoły mleczne podrastających samiczek królika. Po 5 wstrzyknięciach w ciągu 10 dni u 8 tygodniowych króliczek, narządy rodne dosięgają rozwoju 25—30 tygod. Na narządy rodne męskie wpływ tej substancji działa hamująco, a nawet je uszkadza. Różne doświadczenia robione na jajnikach dowodzą, że mała ilość wstrzyknięć pobudza dojrzewanie pęcherzyków jajnikowych, częste zaś wstrzykiwania hamują lub zwalniają je; osiągnięte wyniki można nazwać próbnemi, bo pewników dotąd brak. U kastrowanych i niekastrowanych zwierząt lipoid w jednakowej mierze działa na rozrost narządów rodnych. Ponieważ częste wstrzykiwania obok rozrostu narządów rodnych, hamują dojrzewanie pęcherzyków, przeto powinno się je stosować w chorobach spowodowanych nadmierną czynnością. Herrmann stosował w 73 przypadkach, a mianowicie: w 8 przypadkach zbyt częstych miesiączek, w krwotokach miesiączkowych 15, krwotokach macicznych przy sprawach zapalnych 16, krwotokach przy prawidłowych narządach rodnych 15, krwawieniu młodych 5, krwotoku w okresie przekwitania 4, przy zaniku czynności 12. Z 53 przypadków krwawienia ustały w 15 po jednem wstrzyknięciu, w 13 po dwóch, w 7 po trzech, w 9 po czterech, a w dalszych 9 po 5—9 wstrzyknięciach. W 83% przypadków przeciętnie po 4 wstrzyknięciach. Przy krwawieniu natury jajnikowej uzyskał z 73 przypadków, w 95% dobrą chwilową poprawę, w 74% dobrą trwałą poprawę. Najlepiej działały wstrzyknięcia w krwotokach miesiączkowych i macicznych, krwawienia u młodych cofały się. W okresie przekwitania szybka ale nietrwała poprawa. Zanik czynności przez leczenie znacznie polepszono albo usunięto całkowicie.

Hiess. **O granicach działalności dzisiejszej terapji łożyska przodującego.** Wśród materjału łożysk przodujących Hiess stwierdził u 15% uprzednio poronienie, u 11% spędzenie płodu przez wyskrobanie z gorączkowym przebiegiem, w 11 przypadkach ręczne wydobycie łożyska, w tem trzy razy u tej samej chorej. U wieloródek w 88%, pierwiastek w 12%, w tem *plac. praevia margin.* 13%, *partialis* 78%, *totalis* 9%; najczęściej, bo 25·6% między 36—40 r. życia i częściej u słabszych konstytucji. W 49% przypadków przy pierwszem krwawieniu następuje poród, w 15·6% następuje poród do 8 dni, w 35·4% krwawienie występuje na parę tygodni przed porodem. Co do postępowania, to albo natychmiast rozwiązuje się ciężarną, albo wyczekuje się. Głównym celem niedopuścić do skrwawienia się matki, dlatego wykonywa się przebicie pęcherza i obrót; ekstrakcję natomiast zarzucono. Śmierć matki przy obrotach powstaje albo wskutek skrwawienia się przed obrotem, albo wskutek pęknięcia szyjki (przy wydobyciu płodu), albo wskutek atonii mięśnia. Śmiertelność płodów przy obrocie znaczna, lecz pochodzi z różnych przyczyn. W przypadkach łożyska przodującego, gdzie ujście jest znacznie rozszerzone, spotykamy się z daleko cięższym przebiegiem dla matki (skrwawienie) dla płodu jednak wynik korzystniejszy, szybciej może się odbyć poród samorodny, z drugiej zaś strony istnieje pokusa wydobycia płodu zaraz po obrocie, co odbija się niekorzystnie na matce. Przy 105 obrotach 87% śmierci płodu, z tego 80·4% nieżywo urodzonych. Trzy matki zmarły z powodu krwotoku. Metreuryza: Jeżeli balon dobrze założony i obciążony, wypełnia on dobrze swe zadanie, podobnie jak pośladek płodu po obrocie i wywołuje bóle porodowe. Na materjale kliniki wiedeńskiej metreuryza wystarczała w 20%, zaś w 80% musiano potem wykonać obrót, który dzięki uprzedniej metreuryzie był łatwy. Według Schweitzera śmiertelność płodów przy metreuryzie wynosi 34·5%, matek 5·8%. Tamponada dobrze przeprowadzona jest trudną i grozi zakażeniem. Sposób Momburga stosowano bez powodzenia. Wycięto macicę w Wiedniu w 5 przypadkach, z tego 4 razy śmierć; jeśli wogóle ma się ten zabieg robić, to wcześnie i szybko. Do cięcia cesarskiego musi być płód żywy, można wykonać klasyczne, pozaotrzewnowe (Sellheim) i pochwowe (Bumm, Döderlein). Z 13 przypadków cięcia cesarskiego pochwowego żadna matka nie zmarła, lecz wszystkie gorączkowały, płodów zmarło 4. Ogólna śmiertelność matek przy łożysku przodującem 3·1%, płodów 62·7%. Wszystkie przypadki powinny być kierowane do zakładów leczniczych.

Pogonowski (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach:

Lekarz wojskowy Nr. 49. Stulecie Towarzystwa lekarskiego. — W. Osmolski. Sport, jako czynnik walki z chorobami wenerycznemi. — J. Mund. Przyczynek do rzeżączki przewodów przycewkowych. — S. Świątecki. 21 wrzodów pierwotnych u jednego pacjenta.

Nr. 50. A. Wizel. O cierpieniach psychicznych reaktywnych albo psychopochodnych. — J. Morawski. Organizacja ewakuacji i pomocy umysłowo chorym w armji rosyjskiej w czasie wojny 1914—18.

B. Piśmiennictwo francuskie.

(za październik 1921 — zupełne. C. d.)

Leredde (E.). — Nouvelles Etudes sur la syphilis. Domaine, diagnostic, traitement, prophylaxie. In-8 (16 × 24), 444 p. 26 fr.

Marchadier (L.-A.) et A. **Goujon.** — Les Poisons méconnus In-12 (12 × 19), 288 p. Bibliothèque de philosophie scientifique. 7 fr. 50

Marion (G.). — Traité d'urologie. 2 vol. in-8 (17,5 × 21,7) 1.050 p. avec 413 fig. et 15 pl. Rel., 120 fr.

Martinier et Villain. — Principes généraux appliqués aux différentes prothèses. In-16 (11,5 × 17,5), 308 p., 75 fig. 40 fr.

Mary (Albert et Alexandre). — Dictionnaire de Biologie physiciste. Gr. in-8 (16,5 × 25,5), 406 p., 72 fig. 40 fr.

Murtrie (Douglas C. Mc.). — Les Mutilés de la guerre. In-8 (14,5 × 23), 189 p. 6 fr.

C. Piśmiennictwo niemieckie.

Schlagintweit Felix. **Urologie des praktischen Arztes** Mit 39 Abb. München 1921 (135 stron) 8° 15 —

Simon Artur. **Zahnärztliche Kronen- u. Brückenarbeiten.** Mit 278 Abb. Berlin 1921 (VIII. 227 stron) 8° 100 —

Strahlentherapie. **Die physikalischen u. technischen Grundlagen d. Messung u. Dosierung d. Röntgenstrahlen** v. W. Falta.

Sudhoff Karl. **Geschichte d. Zahnheilkunde.** Mit 125 Abb. im Tekst Leipzig. 1921 (VII, 206 stron) 8° 75 —

Toldt Karl. Anatomischer Atlas B. 2. Berlin 1921 4° 72 —

Trumpp Josef. **Körperl. Entwicklung u. Körperpflege d. Kindes im 2-7 Lebensjahre.** 2 Stuttgart. 1921 (XV, 173 stron) 8° 12 —

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXX. Posiedzenie naukowe w dniu 26 października 1921 r.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 78.

W poczet członków przyjęto kol. Rybickiego Jana, Biernackiego Henryka i koleżankę Enochow'ą.

1. Kol. Ciechanowski, zdając sprawę z przedsięwziętej akcji połączenia wszystkich czasopism lekarskich polskich, proponuje imieniem Zarządu Towarzystwa zwołanie celem ostatecznego porozumienia się w tej sprawie w Krakowie zjazdu delegatów Towarzystw lekarskich, Izb lekarskich, Wydziałów lekarskich i kierowników wszystkich czasopism lekarskich i zwraca się jednocześnie do kolegów z apelem, aby zechcieli zasilać pracami swemi nowo powstałe „Polskie Czasopismo lekarskie". Wniosek Zarządu uchwalono.

2. Kol. Ciechanowski przedstawia imieniem Zarządu T-wa odezwę nadesłaną przez Towarzystwo Wydawnicze „Ignis", które podjęło się wydawania „Gazety lekarskiej", zapraszającą do brania udziału w subskrybowaniu akcji tego Towarzystwa.

3. Z okazji dwudziestopięciolecia pracy dydaktycznej dzisiejszego prelegenta kol. Wachholza przewodniczący powitał go, podnosząc w gorącem przemówieniu jego uczynność i serdeczny stosunek do Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

4. Kol. Wachholz w krótkiem przemówieniu podziękował zebranym za okazaną mu życzliwość i wygłosił odczyt pt. **Z kazuistyki otruć zbrodniczych.**

Otrucia solami miedzi należą do wyjątkowych rzadkości. Poza literaturą francuską, nigdzie nie spotykamy wzmianki o otruciu temi solami. Preparaty przedstawione przez prelegenta dotyczą przypadku samobójstwa. Sole miedziowe w przypadku otrucia ostrego należą do tych trucizn, które obducent może łatwo, częstokroć już na stole sekcyjnym, rozpoznać.

Zbrodnicze otrucia w ostatnich czasach wzmagają się znacznie i grożą wprost epidemją. Trucicielstwem zajmują się przeważnie kobiety i przez długi czas prym tu dzierżyły, jednak i mężczyźni nie pogardzają tą bronią, z tą tylko różnicą, że idą oni za postępem wiedzy i używają częstokroć trucizn nawskroś postępowych, jak hodowle i toksyny bakteryj itp.

Mowca opisuje szczegółowo 2 przypadki otrucia zbrodniczego solami miedziowemi mężów przez żony. W obu tych przy-

padkach z powodu wadliwie przez obducentów wykonanej sekcji, badanie lic sądowo-lekarskich nie mogło dać dobrych wyników. Trzeci omawiany przypadek dotyczy usiłowania otrucia męża i szwagra. W treści żołądkowej wykazano sole barowe. I w tym przypadku sekcję wykonano niedokładnie, gdyż nie oglądano zupełnie żołądka i jelit. Zestawiając powyżej omawiane trzy przypadki, mowca stwierdza, że takie niedokładne wykonywanie oględzin lic sądowo lekarskich jest wprost przestępne, gdyż utrudnia sądowi wymierzenie sprawiedliwości.

5. Kol. Olbrycht przedstawia preparaty z przypadków 1) **Hernia diaphragmatica congenita**, 2) **anencephalia**, 3) **cyclopia** i omawia szerzej tę anomalję rozwojową. Przypadki cyklopji można, według Schwalbeg'c, podzielić na trzy grupy. Pierwszą stanowią przejścia od anencefalji do cyklopji, to zn., istnieją oba oczodoły z gałkami ocznemi, lecz tak blisko siebie, że nos znajduje się nie między oczodołami, lecz nad niemi. W przypadkach drugiej grupy znajdujemy jeden oczodół, który zawiera dwie gałki oczne, najczęściej zrośnięte ze sobą (cyclopia incompleta). Wreszcie w przypadkach trzeciej grupy znajdujemy jeden oczodół, zawierający jedną gałkę oczną (cyclopia completa). Przypadek przedstawiony przez mowcę należy do drugiej grupy, nadto okazywał on zupełny brak prawej małżowiny usznej, lewa zaś była wielkości łebka dużej szpilki, u ręki lewej szósty nadliczbowy palec złożony z 2 członków. Sierp opony twardej nierozwinięty, nerw wzrokowy jeden, pozatem bliższych szczegółów w mózgu z powodu daleko posuniętego gnicia nie można było stwierdzić. Stosunki w klatce piersiowej i jamie brzusznej prawidłowe.

W dyskusji kol. Wachholz zaznacza, iż potwory zyskują znaczenie sądowo lekarskie w przypadkach dzieciobójstwa na nich popełnionego, w szczególności, że zabicie przez matkę dziecka urodzonego jako potwór, choćby ono nie było zdolne do samodzielnego życia, jest istotnie dzieciobójstwem i było już, jak to stwierdza przypadek Krattera, werdyktem przysięgłych karane.

Szancenbach, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 28. października 1921 r.

Przewodniczy: Kol. Franke. Obecnych 63.

1) Kol. Leszczyński przedstawia chorą z kiłą w okresie drugorzędnym z **rzeczywistą idjosynkrazją do rtęci**. Ponieważ chora równocześnie jest w ciąży (obecnie 8 miesiąc) zachodzi pytanie, czy owa idjosynkrazja nie jest zjawiskiem przejściowem, związanem z okresem ciąży? Być może, że liczne normalnie podczas ciąży w ustroju krążące toksyny sprowadzają względną niedomogę wydzielniczą nerek; wówczas rola skóry, jako ważnego pomocniczego narządu wydzielania, staje się ważniejszą i stąd nieprawidłowe oddziaływanie jej przy podawaniu rtęci.

2) Kol. Schusterówna przedstawia preparaty anatomiczne: a) serce z przypadku **zapalenia rzeżączkowego wsierdzia** na zastawkach półksiężycowych tętnicy płucnej (ukazało się w druku).

b) **Mózg z guzem** dużych rozmiarów, który przy badaniu histologicznem przedstawiał **utkanie guza gruźliczego**. Znaleziono go podczas sekcji kobiety, zmarłej nagle w kilka dni po porodzie. Już przed porodem stwierdzono u chorej objawy porażenia połowiczego. Ciekawem jest niewykazanie zmian gruźliczych w narządach innych.

c) Dwa przypadki **pierwotnego mięsaka żołądka**. W obu przypadkach t. j. u 33 letnich kobiety i mężczyzny bujanie nowotworowe złośliwe wychodziło z okolicy odźwiernika.

W dyskusji nad obu pokazami kol. Pisek przypomina przypadek zapalenia zastawek tętnicy płucnej, opisany przez siebie w r. 1883 i późniejszy Kučery. Kol. Sołowij, Rencki i Leńko omawiają kliniczny obraz przedstawionych przypadków. Kol. Nowicki podkreśla niezwykłą rzadkość wrzodziejącego zapalenia zastawek tętnicy płucnej, zwraca uwagę, że i w dwóch podobnych przypadkach Węgrzynowskiego również był brak zmian makroskopowych w drogach płciowych, drobnowidowe zaś były bardzo nieznaczne.

3) Kol. Teliga wygłasza odczyt p. t. **„O właściwościach biologicznych przeszczepianych tkanek"** (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Schramm nie godzi się z wnioskami autora, jakoby biologicznie odpowiednie tkanki miały się zawsze przyjmować przy homeoplastyce. Doświadczenie bowiem poucza, że i przy autoplastyce, wzorowo przeprowadzonej, często spotykamy się z wynikami ujemnymi. Ponadto przemawiali kol. Pisek, Franke i Stauber.

A. Zahrzewski, sekretarz.

Doroczne Walne Zgromadzenie z dnia 30 grudnia 1921.

Przewodniczy kol. Nowicki, protokołuje kol. Bocheński.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego przewodniczący przedstawia w ogólnych zarysach działalność Towarzystwa w upływającym roku tak na polu naukowem, jak i społecznem. Podnosi fakt zjednoczenia naszych pism lekarskich tygodniowych, które w bardzo znacznej części należy zawdzięczać zrozumieniu i gorącemu poparciu członków Towarzystwa. Dla dalszego rozwoju Towarzystwa niezbędną jest budowa własnego domu, co też musi być szczególną troską już nowowybranego zarządu; opracowaniem planu urzeczywistnienia tego zajmuje się przewodniczący komisji budowy domu kol. Rencki. Kończąc przemówienie dziękuje za współpracę i poparcie członkom Wydziału i ogółowi kolegów.

1. Przewodniczący zawiadamia o ufundowaniu przez Tow cegiełki wawelskiej.

2. Sekretarz stały kol. Bocheński odczytuje sprawozdanie doroczne.

3. Następnie zdają krótkie sprawozdanie: kol. Trzciniecki, jako gospodarz, kol Rencki, jako przewodniczący budowy domu i administrator starego domu Towarzystwa, zaznaczając, że z projektami, dotyczącymi budowy domu przyjdzie na jedno z następnych posiedzeń, kol. Gröer, jako bibliotekarz, kol. Schusterówna, jako zarządczyni czytelni.

4. Na rok 1922 zostali wybrani: Prezes kol. M. Franke, wiceprezes kol. M. Świątkiewicz, sekretarz doroczny kol. Kmietowicz, gospodarz kol. Trzcieniecki, sekretarz stały kol. Bocheński, skarbnik kol. T. Zalewski, bibljotekarz kol. F. Gröer.

Przewodniczący komisji budowy domu kol. R. Rencki.

Przewodniczący komisji przemysłowo-lekarskiej kol. K. Krzyżanowski.

Przewodniczący komisji sanitarnej kol. J. Papée.

Redaktor organu Towarzystwa kol. W. Nowicki.

Komisja redakcyjna: koledzy Bednarski, Gröer, Leszczyński, Papée, Pisek, Ruff i Zakrzewski.

Komisja rewizyjna: koledzy St. Kwiatkiewicz i B. Zaorski.

Delegaci do Rady zawiadowczej Tow. lek. pol. b. Galicji kol. Machek i Rencki.

Delegat do kontroli rachunków Tow. lek. pol. b. Galicji kol. Kohlberger.

Delegaci na Walne zgromadzenie Tow. lek. pol. b. Galicji koledzy Bocheński, Hornung, Krzyżanowski, Mańkowski, Papée, Rothfeld, Sabatowski, Sieradzki, Świątkiewicz, Świątkowski, Szusterówna, Trzcieniecki i Zalewski. Ich zastępcy: koledzy Allerhand, Domaszewicz, Kotiers i Zaorski

Bocheński, sekretarz stały.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji

Sekcja rzeszowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 17. grudnia 1921.

Przewodniczący kol. Hinze przedstawia:

1) mężczyznę lat 60 po wypiłowaniu szczęki górnej z powodu **raka jamy Highmora**. Operację dokonano w półuśpieniu w ułożeniu siedzącem. Chory odpluwał krew podczas zabiegu doskonale, tak, że do płuc nic się nie przedostało. Sposób ten pozostaje, zdaniem mowcy, na równi z nowoczesną nauką prof. Brauna, który radzi znieczulić II. pień nerwu trójdzielnego wyjścia z czaszki przez otwór okrągły. Chorzy, nie mając świadomości zabiegu operacyjnego, nie są narażeni na przygnębienie i wstrząs psychiczny, którego również lekceważyć nie można.

Ciężką rzeczą po wyleczeniu jest sprawa protezy. Wykonanie nawet najprostszej protezy — jakto obecnie prof. dr. Cieszyński ze Lwowa opisał — jest dla chorych szpitalnych zbyt kosztowne. Nam doskonałe usługi oddaje tampon z gazy jodoformowej wsunięty w ubytek kostny, który za przykładem prof. dr. Schramma naszemu choremu założyliśmy. Tampon ten może sobie chory sam zmieniać.

W dyskusji kol. Natter radzi użycie parafiny do sporządzenia tymczasowej protezy;

2) mężczyznę 27 letniego **wyleczonego z rany klatki piersiowej i płuca** oraz z groźnego krwotoku płucnego szwem. Operację musiano wykonać bez przyrządu Sauerbrucha, dlatego też rany nie zeszywano tylko sączkowano i gojono per secundam;

3) położnicę, u której po ciężkim porodzie z powodu zaniedbanego położenia poprzecznego powstała **przetoka moczowodowa** Ze względu na miejscowe stosunki musiano usunąć nerkę;

4) **preparat anatomo-patol.** uzyskany drogą operacyjną, który się składał z **wyrostka robaczkowego, przydatków macicznych i macicy zrośniętych razem** i zmienionych w trudne do rozpoznania wielkie guzy o utkaniu włóknistem;

5) chorego z rozległą **zgorzelą lewego uda** powstałą **po zapędzlowaniu jodem nacieku ropnego**. Mowca przestrzega przed stosowaniem jodu na skórę w razie nacieków zapalnych.

W dyskusji kol. Szumski odnosi szkodliwe działanie do alkoholu metylowego, którego niesumienni aptekarze używają niekiedy do nalewek.

Sprawy zawodowe.

Kol. Hinze przedstawił sprawę 2 ustaw, tyczących się lekarzy, tj. o Izbach lek. i o praktyce lek. Nadmienił, iż pierwotne projekty tych ustaw, jako t. zw ordynację lekarską, ułożyła Izba lek. lwowska; została ona jednak przez sejmową kom. Zdrowia publ. znacznie i niekorzystnie zmieniona. Ponieważ ustawy potrzeb lekarzy nie zadowalają a nawet ukrócają wolność zawodu, Izba lek. lw. z Izbą krak. wniosły do Sejmu i komisji Zdrowia memorjał o konieczności usunięcia poczynionych zmian.

Wywiązała się dłuższa dyskusja wśród której przeczytano punkta sporne ustawy. W dyskusji kolejno zabierali głos koledzy: Jabłoński, Godłowski, Dziubek, Nieć, Starzewski i Przysłópski, poczem uchwalono co następuje:

Lekarze wolno praktykujący Sekcji rzeszowskiej Tow. lek. polskich b. Galicji, obejmującej powiaty rzeszowski, łańcucki, strzyżowski i kolbuszowski, po przeczytaniu ustaw o Izbach lek. i praktyce lek na posiedzeniu Sekcji, odbytem w Rzeszowie dnia 17 grudnia 1921, uchwalili przyłączyć się do memorjału Izby lek. lwowskiej i krakowskiej przeciwko zmianom w powyższych ustawach i upoważnić Izby lekarskie, w szczególności lwowską,

do organizowania akcji przeciwnej wśród wszystkich sekcji lekarzy polskich byłej Galicji i aby, oparłszy się na ogólnej opinji, przedłożyły ją sejmowej komisji Zdrowia publ. i Sejmowi z protestem. Zgromadzenie odnosi się do Izby lek. lw. z prośbą, aby zawiadamiała wszystkie Twa lek. b. Gal o stanie rzeczy.

Podpisy.

Na zakończenie postanowiono zapraszać kolegów z prowincji na każde posiedzenie, na czem posiedzenie zamknięto.

Dziubek, sekretarz.

Towarzystwo chirurgów polskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 listopada 1921.

(w klinice chir. N. 1 przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie).

(Dokończenie).

Przewodniczy B. Sawicki. Obecnych 32 członków.

5. Ambrożewicz. Pokaz dziecka po operacji **torbieli trzustki** 13 sto letni chłopiec przed 9-ma miesiącami uderzył się w brzuch. Przemijające boleści i powolne wytworzenie się guza wielkości główki dziecka na prawo od pępka, guz nie chełboczący (?). Rozpoznano torbiel trzustki. Operacja przed 3 ma tygodniami; ścianę torbieli wszyto w powłoki brzuszne i wprowadzono sączek do odprowadzania wydzieliny. Przebieg pooperacyjny kłopotliwy z racji rozejścia się otworu i zropienia zawartości torbieli, co powoduje stan gorączkowy i każe przewidywać operację powtórną.

W **dyskusji** Mesz opisuje podobny swój przypadek, przy pierwszym zabiegu wszył guz w powłoki brzuszne, a dopiero po tygodniu otworzył go. Dla przyspieszenia leczenia zastosował naświetlanie promieniami X; o wyniku nic jeszcze orzec nie może. Kryński podkreśla trudności rozpoznawcze i kłopotliwość gojenia przetok po torbielach trzustkowych, przyczem opiera się na przypadku własnym, jaki pierwszy bodaj w Polsce. operował przed laty trzydziestu. Zaleca przemywanie jamy rozczynami lapisu. Lewenstern potwierdza te trudności rozpoznawcze na zasadzie jednego przypadku, gdzie u 9-cio letniego chłopca rozpoznano niezbicie bąblowca wątroby i dopiero operacja wykazała, iż guz torbielowaty, wychodzący górnym obwodem z pod prawego łuku żebrowego odsuwał wątrobę mocno ku górze. Mówiąc nawiasem, w torbieli, idącej od trzustki, poza zawartością płynną znaleziono obfitość mas galaretowatych, które anatomopatolog rozpoznał jako gruczolakoraka Gojenie utrudniało obżeranie skóry przez wydzielinę. lecz ostatecznie po trzech miesiącach rana się zabliźniła. Dziś (po upływie 7-miu miesięcy) pacjent jest zdrów, bez śladu guza. Radliński: Torbiel trzustki rozmaitemi drogami dochodzi do ściany brzusznej, tak iż stosunek jej do żołądka i poprzecznicy bywa różny. Chełbotanie przeważnie daje się wyczuwać. Leczenie przetok ułatwia djeta beztłuszczowa i bezwęglowodanowa Vohlgemuta, tj. czysto białkowa. Leśniowski przypomina, że zdarzają się torbiele wrzekome, wylewające się przez otwór Winslowa na prawo pod wątrobę. Wówczas rozpoznanie jest istotnie bardzo trudne. W pierwszych okresach pooperacyjnych obżeranie jest słabe, później z chwilą przyłączenia się ropienia, dzięki wytworzeniu się trypsyny pod działaniem białka ropy, wydzielina poczyna trawić tkanki, powodując obżarcia.

Leśniowski. W sprawie **szwu kiszkowego jednopiętrowego** (o czem już przemawiał na 1-em posiedzeniu T. Ch P przedstawia szereg chorych świeżo w ten sposób operowanych, wskazując, iż dodatnie wyniki przezeń osiągane najlepiej przemawiają za wartością gorąco przez niego zalecanej metody, która zresztą została obecnie przyjęta z uznaniem przez wielu chirurgów. Chorzy ci są następujący: 1) kobieta w trzy tygodnie po zespoleuiu żołądkowo-jelitowem, 2) kobieta po rozległem wycięciu roka kątnicy. 3) kobieta po częściowem wcięciu żołądka na skutek wrzodu przy mocnych zrostach z trzustką. 4) kobieta, u której wskutek przetoki kałowej kątniczej (w następstwie usunięcia wyrostka gdzieindziej dokonanego), zrobił z dobrym wynikiem zespolenie jelitowo-poprzecznicowe. 5) mężczyzna, u którego w przypadku nieoperacyjnym raka kątnicy przeprowadził zespolenie jak wyżej. Wreszcie pokazuje preparat zespolenia żołądka z jelitem, gdzie śmierć nastąpiła dnia 9-go po operacji na skutek powikłań płucnych, szew jest zupełnie szczelny i trzyma się mocno W technice szwu jednopiętrowego L zastosował ostatnio modyfikację amerykanina Soresi, polegającą na tem, iż szew ciągły prowadzi się wkłuwając igłę równolegle do brzegów rany w ten sposób, by linja szwu układała się falisto. Przeciw krwawieniu z naczyń podśluzowych należy bądź przepalać śluzówkę, bądź podkłuć dobrze widoczne nieliczne drobne naczynia.

W **dyskusji** Kryński wypowiada się przeciw szwom jednopiętrowym. Zysk czasu nie opłaca mniejszej pewności świeżo zastosowanego uproszczenia Chorych, którzy nie mogą znieść kilkunastominutowego przedłużenia operacji, nie należy bodaj operować wcale. Pozatem przypomina, że jedynie racjonalny jest szew ciągły — wprowadzony przez Rydygiera. Radliński przekonawszy się z własnej praktyki o zawodności szwów wielopiętrowych, stosuje obecnie jednopiętrowy, który nie daje wcale przestrzeni zamkniętych, gdzie gromadzić się może krew lub ropa, rozpychając linję szwu. Całe 10 lat stosowania jednego piętra, poparte czasami oględzinami sekcyjnemi, upewniło go o wartości tego rodzaju szwu. Nie uznaje wyższości sposobu „amerykańskiego", który, marszcząc błonę surowiczą, szkodzi szczelności zaszycia. Ciechomski broni szwu wielopiętrowego, przeprowadząc analogję do powłok brzusznych, które dawniej też szyto jednem piętrem. Makowski sądzi, że szew jednopiętrowy bardziej odpowiada wymogom aseptyki. W celu zapobieżenia krwawieniu błony śluzowej można dodatkowo jeszcze nałożyć na nią szew ciągły.

Jankowski nie uznaje obaw wynikających z zamkniętych przestrzeni szwu wielopiętrowego, gdyż wszelka wydzielina łatwiej przedostaje się do światła kiszki, niż na zewnątrz. Rechniowski w przypadku ciężkiego przedziurawienia żołądka zastosował raz jeden szew jednopiętrowy z wynikiem dobrym. Leśniowski w ostatniem swem słowie bezwzględnie odpiera wszelkie zarzuty, zaznaczając, że możność wykonania *gastroenterostomji* w dwadzieścia kilka minut stanowi wielki plus dla chorego.

7. Grosserowa przedstawia **2 kamienie usunięte ze ślinianki podżuchwowej**. Kamieniom tym towarzyszyła przetoka, wskutek czego całość miała wielkie podobieństwo do ropiejących gruczołów gruźliczych.

Ciechomski przypomina efektowny przypadek, gdzie, przystąpiwszy do operacji kamienia ślinianki, znalazł kulę rewolwerewą, o obecności której nie wiedział pacjent, postrzelony w plecy 10 lat przedtem podczas napadu bandyckiego.

3) Rechniowski przedstawił preparat **guza tarczycy**, usuniętego u 27 io letniego mężczyzny. Guz wielkości małej pięści, twardy jak kość, okazał się *chondro-osteo-sarcomal* jak badał prof. Hornowski Rzecz ciekawa, że nie dał on żadnego charłactwa, a wyłuszczenie nie nastręczało żadnych trudności, przyczem naczynia odżywiające go były w zaniku, częściowo zaczopowane.

9) Szerszyński, przedstawił następujący przypadek sekcyjny: 35 letni mężczyzna oddawna miał objawy typowe dla wrzodu żołądka. Przed 6-ciu tygodniami pogorszenie z objawami przedziurawienia. Po przywiezieniu do szpitala znaleziono, co następuje: stan ogólny bardzo ciężki, płyn w jamie brzusznej, brak kwasu solnego w treści żołądkowej, zwężenie okolicy odźwiernikowej o cechach przypominających nowotwór. We krwi neutrochłonność. potwierdzająca przypuszczenie **ropienia (na tle przedziurawienia owrzodzenia żołądka)**. Operacja wykazała potężne zrosty między żołądkiem i wątrobą, na powierzchni ostatniej wypuklający się guz miękki (ropień ?). Wykonano zespolenie żołądka z jelitem. W trzy dni po operacji śmierć. Wysoce ciekawe objaśnienie odnośnie do zmian żołądkowych opisanego przypadku podaje L. Skubiszewski: na błonie śluzowej poza starem owrzodzeniem, częściowo zabliźnionem i zrostami wieloletnimi — na krzywiźnie małej znajduje się świeże długości 10 ctm. bardzo głębokie, do błony surowiczej sięgające owrzodzenie. Idzie ono linją rozdwajającą się w kierunku typowym dla biegu naczynia krwionośnego i jest niewątpliwie wynikiem zaciśnięcia tętnicy przez dawniej powstałą bliznę. Szczegóły badania drobnowidowego — dziś jeszcze nie skończonego — będą podane póOniej.

E. Lewenstern.

Towarzystwo chirurgów we Lwowie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 4 grudnia 1921.

Przewodniczy prof. Schramm.

1. Kol. Hilarowicz przedstawia przypadek **dwukrotnego skrętu jądra** około jego osi poprzecznej w kanale pachwinowym prawym. Chorego 16-letniego przywieziono do kliniki chirurgicznej z objawami przepukliny uwięźniętej od 4 dni trwającymi. Operacyjnie usunięto jądro z powodu jego wysoko posuniętej zgorzeli. Jądro lewe było w worku mosznowym.

2. Kol. prof. Schramm przedstawia przypadek **luxatio coxae iliaca inveterata**, w którym rozpoznanie roentgenologa wahało się między *luxatio coxae pathologica* a *luxatio traumatica*. Podczas operacji znaleziono całą panewkę wypełnioną masą wyrośli kostnych, Między talerzem biodrowym a główką kości udowej zrost był tak silnym, że musiano główkę oddłutować i po przecięciu ścięgien *m. tensoris fasciae latae* i *mm. adductorum* za pomocą wyciągu sprowadzić szyjkę do uwolnionej z wyrośli kostnych panewki. Zabieg krwawy w takim przypadku jest zabiegiem może i delikatniejszym, aniżeli tępe odprowadzenie za wszelką cenę.

W **dyskusji** nad oboma przypadkami zabierali głos koledzy: Ostrowski, Ruff, Węgłowski, Laskownicki.

Kolegów, chcących wpisać się w poczet członków Tow., uprasza się o ustne lub pisemne zgłoszenie się w Zarządzie Tow. w klinice chirurgicznej.

Towarzystwo stomatologów polskich w Krakowie.

Sprawozdanie roczne za rok 1921.

Prezesem był prof. dr. W. Łepkowski, wiceprezesem dr. T. Merunowicz, skarbnikiem Dr. M. Haber, sekretarzem dr. S. Tomczyk.

W roku 1921 Towarzystwo odbyło 8 posiedzeń. W tym czasie po ożywionej dyskusji, uważając dentystykę za część całokształtu wiedzy lekarskiej, uchwalono wysłać protest przeciw utworzeniu Szkoły Dentystycznej dla kształcenia lekarzy-dentystów do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, do Ministerstwa Wyz. Rel. i Ośw. Publ., do dr. Meissnera posła do Sejmu.

Celem utworzenia związku zawodowego ku zwalczaniu niesumiennej konkurencji przez niefachowców zainicjowano zrzeszenie się lekarzy stomatologów z Małopolski.

Odczytów wygłoszono 6.
1) Dr. L. Grabczak „Zęby a wewnętrzne wydzielanie".
2) Dr. J. Piątkowski „O przestrzeni międzyzębowej".
3) Dr. S. Tomczyk „O sporządzaniu mostków bez łączna sposobem prof, Łepkowskiego".
4) Dr. B. Steinberg „O utajonem zakażeniu".
5) Dr. B. Steinberg „O trujących własnościach metalu Randolpha".
6) Dr. J. Piątkowski „O zastosowaniu jodu i jego przetworów w dentystyce". *H. Tomczyk*, sekretarz.

Kółko naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

II. Posiedzenie z dnia 2. czerwca 1921.

I. Dr. Bykówna przedstawia chorego z ojawami myastenji. F. S., mężczyzna lat 52., atletycznie zbudowany, chory od 7—8 mies., zgłosił się głównie z powodu rwy kulszowej, osłabienia rąk, nóg i oczu. Chory ponadto źle oddycha, źle gryzie, połyka i odpluwa, niechodzi prawie zupełnie, źle siada, przyczem głowa opada ku przodowi, nie może utrzymać lekkiego nawet przedmiotu w rękach dłużej jak 2—3 min. Obok stałego częściowego opadnięcia powiek i niedowładu m. prostego zewnętrznego na oku lewem i mięśni, zaopatrzonych przez nerwy łokciowe (ręka szponotowata), ma niedowład zmienny (myasteniczny) we wszystkich prawie mięśniach ustroju, występujący już po 2—3 min. pracy danego mięśnia lub grupy, a dochodzący nawet do zupełnego porażenia, trwającego kilka minut w obrębie mięśni pasa barkowego i miednicowego. Zmęczenie myasteniczne wykazać można także na zwieraczu źrenic. Elektrycznie wykazano bardzo wybitny odczyn myasteniczny w mięśniach, zaopatrywanych przez nerwy łokciowe. Odczyn Wassermanna ujemny. Grasica bardzo duża, wykazana wypukiem i rentgenem.

II. Dr. Zaczek. (Oddz. chir.) omawia *a*) przypadek **wrzodu modzelowatego żołądka** (*Ulcus callosum*), u kobiety lat 25. W czasie operacji stwierdzono rozległe zrosty z sąsiednimi narządami. Mimo tego udało się dokonać wycięcia schorzałego odcinka (poprzeczne wycięcie żołądka). Z powodu wysokiego usadowienia wrzodu nie można było myśleć o założeniu połączenia żołądkowo-żołądkowego lub żołądkowo-jelitowego. Chora, wycięczona długotrwałem cierpieniem i krwawieniami, ciężkiego zabiego nie zniosła i zmarła nazajutrz. Na wyciętej części stwierdzono owrzodzenie 6—8 cm. długie, 4 cm. szerokie. Prelegent omawia rodzaje wrzodów i ich leczenie, w szczególności wrzodu modzelowatego, w którym leczenie wewnętrzne w 50% przypadków (Bamberger) nie prowadzi do celu. W wyborze sposobu operacyjnego, o ile chodzi o wrzody oddalone od odźwiernika, przyznaje mowca słuszność zapatrywaniem Payra i poprzeczne wycięcie żołądka uważa za zabieg najodpowiedniejszy.

W dyskusji przemawiają dr. Zasowski, prof. Barączi dr. Vrabetz.

III, Dr. Zasowski, przedstawia jako rzadkość przypadek **Tendovaginitis fibromatosa**, pod postacią zgrubień wielkości grochu do orzecha laskowego w przebiegu ścięgien na grzbiecie rąk i palców.

IV. Dr. Füllenbaumówna przedstawia:

a) Chorą z objawami **pęcherzyzy** pod postacią, stojącą na pograniczu między pęcherzycą zwyczajną, a **swędzącą**. Ciężkie objawy i wyniszczenie znikły w krótkim czasie pod wpływem leczenia chininą, a mianowicie wlewań śródżylnych co 2 dni od 0.15 do 0.30 chin. mur. na 200 Uq. dest. ster, z dodatkiem l. 75 Natrii chlor. Stan ogólny obecnie zadowalniający, chora czuje się bardzo dobrze, a pęcherze od dłuższego czasu ograniczyły się do pojedynczych.

b) Chorą, która przedstawia rzadki objaw prawdziwej **idiosynkrazji do rtęci**. Już przez samą resorbcję rtęci przez skórę wystąpiło u niej silne zapalenie skóry, które następnie stale występywało przy wprowadzaniu do ustroju rtęci w jakiejkolwiek postaci i choćby po mniejszych dawkach.

V. Dr, Schneiderowa przedstawia chorą z **twardziną skóry**. Osoba l. 29, dziedzicznie nie obciążona, chorób żadnych nie przebywała, czuła się tylko „nerwową". Obecne schorzenie odnosi do przypadku, jakiego była świadkiem w r. 1915. Mianowicie granat w jej oczach zabił matkę. Doznała wówczas rodzaj odrętwienia i zaraz potem uczuła dolegliwości w stawach, następnie innych stawach rąk, a także nóg. Z tego powodu przebyła leczenie w Piszczanach, bez widocznego wyniku. Czuła się coraz bardziej osłabioną, wychudła, pomimo dobrego odżywiania się, od 7 miesięcy zauważyła brunatne zabarwienie skóry, jakoteż zesztywnienie stawów rąk i barków. Badanie wykazuje na skórze zmiany, odpowiadające stwardzinie w okresie zaniku, szczególnie na obu rękach, na barkach, stopach, karku i twarzy. Prócz tego drobne ogniska świeższego nabiegu na grzbiecie. Skóra w miejscu zmian zabarwiona brunatno. Ruchomość w stawach górnych silnie upośledzona. Części miękkie w okolicy tych stawów ścieńczałe, stwardniałe, nieprzesuwalne. Gruczoł tarczycowy niemacalny. Zdjęcia wykazują zanikowe zmiany w kościach końcowych członów palców, nadto zaś jak gdyby nasadzenie pierwszych falang obu palców wskazujących na kości śródręcza, co mogłoby być spowodowanem przez ucisk ze strony napiętych i twardniejących części miękkich.

Dyskusja:

Prym. Ziembicki porusza sprawę **stosunku twardziny skóry do wewnętrznego wydzielania** i streszcza sprzeczne poglądy autorów na tą sprawę. W przedstawionym przydadku możnaby np. małe wymiary rąk i palców (*Akromikria*) odnieść do zaburzeń w przysadce (w myśl przypuszczeń Strümpla), możnaby zmiany barwikowe odnieść do zaburzeń w układzie chromochłonnym, możnaby wreszcie zanikłą, niemacalną tarczycę wprowadzić w związek przyczynowy z objawami. Szczegóły te, które można dosyć dowolnie mnożyć, świadczą tylko o tem, że nic pewnego w sprawie stosunku sklerodermii do wewnętrznego wydzielania nie da się powiedzieć.

Medycyna społeczna.

Józef Wiczkowski. Lwów.

Sprawa akcji zwalczania gruźlicy w Polsce.

Ciąg dalszy.

Zdaje mi się, że wystarcza to krótkie zestawienie akcji przeciwgruźliczej w czterech powyższych państwach, raz, aby porównać je ze stanem walki z gruźlicą w naszem Państwie, powtóre, aby módz wzorować się na tych świetnych przykładach. Polska przedwojenna dzieliła losy państw, pod których zaborem się znajdowała; a więc ks. Poznańskie korzystało ze wspaniałych niemieckich urządzeń przeciwgruźliczych, Królestwo Polskie traktowane przez rząd po macoszemu, skazane było po największej części na dobroczynność prywatną; w b. Galicji akcja przeciwgruźlicza była przez rząd bardzo skąpo zasilana.

W obrębie Rzeczypospolitej mamy w chwili obecnej 16 sanatorjów dla chorych na suchoty płuc (wedle Sterlinga).

Otwock pod Warszawą, 1) sanatorjum dla dzieci Rady Głównej Opiekuńczej — istnieje od roku 1919. Miejsc 100. 2) Sanatorjum m. st. Warszawy (od roku 1918 w gmachu Tow. przeciwgruźliczego »Brijus«). Miejsc 120. Mienia pod Warszawą 3) Oddział szpitala św. Ducha w Warszawie. Miejsc 50. Rudka, pod Warszawą st. kol. Mrozy. 4) Sanatorjum im. Teodora Dunina. Istnieje od 1908. Miejsc 60. Zakopane 5) Sanatorjum Towarzystwa »Odrodzenie«. Miejsc 50 w zimie, 80 w lecie. 6) Sanatorjum Towarzystwa »Pomoc bratnia«. Istnieje od 1901 r. Miejsc 45. 7) i 8) Dwa schroniska dla dzieci po 45 miejsc. 9) Sanatorjum im. Br. i St. Dłuskich. Istnieje od roku 1902. Miejsc 120. 10) Sanatorjum Czerwonego Krzyża. Miejsc 550. Zajęte częściowo przez wojsko. Sucha. 11) Sanatorjum Czerw. Krzyża. Miejsc 200. Zajęte przez wojsko. Rajcza. 12) Sanatorjum Czerwonego Krzyża. Miejsc 130. Zajęte przez wojsko. Hołosko. 13) Sanatorjum Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie. Miejsc 100. Zajęte przez wojsko. 14) Kowanówko, pod Obornikami. Sanatorjum Poznańskiej ubezpieczalni krajowej dla mężczyzn. Miejsc 250. 15) Smukała pod Bydgoszczą. Sanatorjum Towarzystwa przeciwgruźliczego w Województwie Poznańskiem dla kobiet. Miejsc 250 300.

Od roku 1917 istnieje pod Łodzią, w Chojnach szpital dla lekko gruźliczych m. Łodzi. Miejsc 80. Tamże od roku 1919 w ciągu pięciu miesięcy letnich sanatorjum letnie dla dzieci szkół początkowych m. Łodzi do lat 12. Miejsc 90. 16) Prądnik Biały pod Krakowem — 85 łóżek.

Poradnie posiadają: Warszawa 4, Lwów 2, reszta miast po jednej, jak: Poznań, Łódź, Lublin, Radom, Kalisz; w województwie krakowskiem: Kraków, Oświęcim, Tarnów, Nowy Targ, Zakopane; w województwie lwowskiem: Rzeszów, Brzozów, Lisko, Jarosław, Przemyśl, Drohobycz, Sambor, Łańcut, Jaworów, Gródek Jagielloński, Żółkiew, Sokal (wielka część tych poradni powstała dzięki gorliwości Dyr. woj. urzędu zdrowia Dra Mikołajskiego). Województwa Stanisławowskie i Tarnopolskie nie posiadają poradni.

Szpital dla gruźliczych posiadają: Warszawa w szpitalu św. Ducha, Oddział gruźliczy na 12 łóżek.

Łódź szpital miejski 80—100 łóżek.

Łódź szpital poznański ma Oddział gruźliczy — łóżek 25.

W budowie szpital w Gałkówku pod Łodzią — 100 łóżek.

Kolonie dla dzieci: Warszawa dla 3.000 dzieci.

Łódź, Lublin, Radom, Kraków dla 285 dzieci; w Małopolsce były: Tuchla, Worochta, Poręba wielka dla 1.000 dzieci.

W Rymanowie 20 łóżek, Rabka dla 180 dzieci, a w Rabce dla izraelitów 40 łóżek.

W Warszawie, Lublinie, w Krakowie i we Lwowie instytucja »Kropla mleka«.

Ogródki dla dzieci: w Warszawie im. Raua, w Krakowie 830 ogródków, w których pracuje około 3.000 osób. Nadto jest w Warszawie instytut hygjeniczny dla dzieci bar. Lenvala.

Cztery są Towarzystwa przeciwgruźlicze: w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Łodzi — oraz Koła walki z gruźlicą we Lwowie i wszędzie tam, gdzie są założone Poradnie.

Znamiennym dla dotychczasowej walki z gruźlicą w naszem Państwie jest fakt, że najbardziej żywotnemi okazały się usiłowania samego społeczeństwa a w niem wybitną rolę inicjatorów odegrali śp. Dr. Dunin, Dr. A. Sokołowski w Warszawie, Dr. Sterling w Łodzi, Dr. Gantkowski w Poznaniu, Dr. Janiszewski w Krakowie i Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie.

Jeżeli więc zestawimy dobytek nasz obecny na polu walki z gruźlicą z dobytkiem Państw wyżej przytoczonych, poznamy, ile nakładu pracy, energji i funduszów łożyć nam potrzeba będzie w tej akcji już nie tylko filantropijnej, ale społeczno-ekonomicznej. Powinniśmy wyzyskać doświadczenie innych, aby odpowiednio do naszych stosunków, do naszych sił i zasobów ratować ludność od tej choroby społecznej. Przedewszystkiem przyświecać nam powinien przykład Anglji i główną uwagę zwrócimy na profilaktykę. Anglja burzy tysiące domów, aby do nowo budujących się domków robotniczych wprowadzić słońce i świeże powietrze. Nam wojna zburzyła domy, miasta i wsie, zostaje więc nam dzisiaj tylko odbudowanie wedle zasad ogólno-hygjenicznych a dawne gniazda zarazków infekcyjnych przeobrażą się w gniazda zdrowia. Ale z całą ścisłością musi być zastosowana rozumna ustawa budowlana, a w Komisji budowlanej niech zasiada lekarz-higjenista, któremu nie obcem jest zdanie, że gruźlica jest chorobą mieszkania.

Słuszne, jest oraz ustalone twierdzenie, że gruźlica jest chorobą dziecka. — Gruźlica nie jest chorohą dziedziczną, lecz dziecko rodziców gruźliczych jest więcej predysponowane do tej choroby. Im większa odporność ustroju dziecięcego, tem łatwiej w walce z prątkami odnosi się zwycięstwo. Pierwszym etapem prątka gruźliczego u dziecka są zołzy — stan, który daje nadzieję wyleczenia. Państwa zachodnie dobrze zrozumiały dobro społeczeństwa, ratując przedewszystkiem dzieci. Pod tą egidą powstają sanatorja dla dzieci nad morzem, w górach, w okolicach lesistych, dalej kolonie, półkolonie wakacyjne, szkoły leśne, a w czasie wojny hasło »Dzieci na wieś«, znalazło szlachetny oddźwięk w misjach angielsko-amerykańskich.

I nasze wybrzeże morskie, cudowne okolice, szczególnie w Małopolsce, zaroić się powinny od młodych istot.

Korzystny wpływ słońca i czystego powietrza, zresztą powszechnie znany, znajduje poparcie w datach statystycznych z Niemiec.

W r. 1914 na 100.000 lud. zmarło z gruźlicy:

	w miastach	160,1	na wsiach	118,8
w r. 1916	»	184,3	»	132,7
w r. 1918	»	282,6	»	181,2
w r. 1919	»	268,6	»	168,1

Pułkownik Hutchison z Indji podaje, że w pewnej kolonii zamieszkałej przez 20 miljonów ludzi, zmarło z gruźlicy po wsiach na 100.000 — 63, a z ludności miejskiej 223, a w niektórych miastach cyfra doszła do 700.

Wysyłka więc dzieci z wielkich zbiorowisk ludzi choćby tylko na czas wakacyjny przyczynia się do uodpornienia młodego ustroju, do wzmocnienia allergji.

Nadto idźmy za przykładem Francji i wprowadźmy we wszystkich szkołach od najniższych do najwyższych naukę hygjeny, która będzie obowiązkiem lekarzy szkolnych. Ftysiologia winna być na Wydziale medycznym przedmiotem obowiązkowym.

M. Rist z Paryża dzieli się z członkami kongresu międzynarodowego, który się odbył w lipcu b. r. w Londynie, smutnem doświadczeniem z czasów wojennych, że ludzie z gruźlicą byli na front wysyłani, a bez gruźlicy byli leczeni w sanatorjach. Temu złemu, które się i w innych krajach nie rzadko wydarzało, zaradzić można przez obowiązkową, specjalną naukę o ftysiologii.

Dalszym nader ważnym środkiem zapobiegawczym jest niszczenie plwocin. W tym kierunku należy społeczeństwo wychować przez wykłady, pisma i pouczenie ustne — a zadanie to przypada w udziale instytucji poradni. Ta placówka jest jedną z najtańszych a oraz i najważniejszych. Dobrze urządzona przyjęła na siebie dewizę walki z gruźlicą t. j. dać leczenie chorym, a ochronę zdrowym. Wówczas spełni ona należycie swe zadanie, gdy na jej czele stoi lekarz ftysiolog, pracujący z ideą i również opiekunka inteligentna, odpowiednio ukwalifikowana i należycie wyposażona, gdy poradnia jest rzeczywiście opieką dla biednych chorych i ręką pełną datków przynosi pomoc w odżywianiu szczególnie w obecnych trudnych warunkach bytu.

Wiemy, że głównym rozsadnikiem choroby jest człowiek. Lecz jest jeszcze drugie źródło infekcji gruźlicy, to jest gruźlica bydła. Nie można sobie lekceważyć następującego orzeczenia Ortha: »Gruźlica po zniszczeniu nawet wszystkich laseczników typu ludzkiego nie może zniknąć u ludzi, jak długo lasecznik perlicy może być przeniesiony ze zwierzęcia na człowieka. A nawet ptasia gruźlica może zarazić ssaka i naodwrót«. Np. w Edinburgu w Szkocji, gdzie 30 krów na 100 było uznanych za gruźlicze (*tyrpus bovinus*) w 16 porcjach mleka na 100 rozdanych po mieście znajdowały się prątki gruźlicze. Znajdowano prątki *typi bovini* w 50—90 na 100 przypadków gruźlicy kostnej i gruczołów.

Kontrola więc krów, mleka i środków spożywczych jest naszym środkiem profilaktycznym w zwalczaniu chorób infekcyjnych a więc i gruźlicy. Władze również winny żądać doniesienia o chorych na gruźlicę i przeprowadzać przymusowo desinfekcję po gruźliczych.

Dalszym środkiem zapobiegawczym jest odosobnienie chorych na otwartą gruźlicę. Już Koch wskazał nam sposób niszczenia choroby w słowach, które w walce z gruźlicą nie powinny wyjść z pamięci: Gruźlica jest chorobą zakaźną i jako taka winna być zwalczana sposobem i środkami stosowanymi do innych chorób zakaźnych.

Naturalnie chorych z otwartą gruźlicą, a bezdomnych lub biednych, obarczonych liczną rodziną, a szczególnie inwalidów wojennych, należałoby izolować i umieścić w odpowiednich szpitalach *ad hoc* urządzonych lub też po fermach systemu Bodingtona. Lecz niema państwa tak bogatego, któreby mogło tych wszystkich chorych pomieścić w szpitalach. N. p. w b. Galicji w r. 1906 zmarło z gruźlicy 29.000. Chorzy na otwartą gruźlicę mniej więcej przez trzy lata są niezdolnymi do pracy, lub nawet przykutymi do łóżka. W przybliżeniu ilość tych chorych otrzymamy mnożąc ilość zgonów przez trzy, a więc w Galicji 87.000 powinno być umieszczonych w szpitalach lub przynajmniej połowa. Obecnie chorzy z otwartą gruźlicą zalegają nasze szpitale — sami nie doznają odpowiedniej pomocy, a innych chorych zarażają.

Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie wniosło prośbę do demobilu o przydzielenie baraków niepotrzebnych dla wojska, w których mieliśmy zamiar po pewnych adaptacjach pomieścić chorych z otwartą gruźlicą chociażby na razie tylko we Lwowie. Prośbę naszą dotąd zbyto milczeniem. Cała więc opieka nad tymi roznosicielami gruźlicy pozostała zadaniem poradni. Towarzystwo lwowskie zamierza na gruncie dwudziestomorgowym podarowanym przez ks. Arcybiskupa Bilczewskiego założyć fermę systemu Bodingtona. D. n.

Sprawy zawodowe.

W sprawie lekarzy okręgowych w Małopolsce.

W odpowiedzi na mój artykuł w Czasopiśmie lek. Nr. 5 pod tyłułem „Położenie lekarzy okręgowych Małopolski" twierdzi dr. Mikołajski w Czasopiśmie lek Nr. 7. że tak O. U. Z. jak również Min. Zdr Publ. starały się usilnie o załatwienie regulacji płac lekarzy okręgowych, niestety, jak sam przyznaje „bezskutecznie" i że tak O. U. Z. jak i Min Zdr. Publ. „natrafiły na niepokonalne przeszkody".

Sprawa ciągnie się rok trzeci i lekarze okręgowi nie uzyskali nic oprócz obietnicy ze strony Min. Zdr. Publ. z dn 10 marca 1921 Nr. XI I. 39769|5960|20 w formie: „Ażeby przyjść z pomocą lekarzom okręgowym w okresie przejściowym M. Z. P. uzna-

jąc konieczność wydatnego podwyższenia ich uposażenia, wdrożyło odpowiednią akcję itd". i obecnie dopiero otrzymaliśmy ze strony Min. Zdr. Publ odpis: do Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie z dn. 15 paźdz. 1921 Ad 29421/935/1921 w tem brzmieniu: „Załączając pismo Związku lekarzy okręgowych Małopolski z dn. 26/XI. r. 1921 l. 117 Min. Zdr. Publ. uprasza o przedstawienie odpowiedniego wniosku co do wysokości uposażenia lekarzy okręgowych w Małopolsce za zwrotem aktu. Za Ministra (—) Grodecki". Przyzna więc sam dr. Mikołajski, że sprawa lekarzy okręgowych wlecze się żółwim krokiem bardzo opieszale a lekarze okręgowi nie wiedzą zgoła, z jakich przyczyn i muszą nolens volens obwiniać o to wprost swoje najwyższe Władze O. U. Z. i Min. Zdr. Publ, a wielka szkoda, że dr. Mikołajski, stając w obronie Min. Zdr. Publ., nie wymienił, skoro w tej sprawie jest dobrze poinformowany, gdzie to napotyka się na niepokonalne trudności, czy w samym Rządzie, czy też specjalnie w Min. Skarbu, ale to widać jest tajemnicą urzędową. Ja sam dowiedziałem się dopiero w październiku z. r., że Województwo lwowskie w dniu 16 września 1921 L. 16645 9317 wniosło pismo do Min. Zdr. Publ.: „Zauważa się, że obecnie na 196 okręgów sanitarnych — obsadzonych jest tylko 66, a rozpisywane konkursy w znacznej mierze nie odnoszą żadnego skutku właśnie z powodu zbyt niskich poborów służbowych dla poszczególnych okręgów — w załączeniu przedkładam odpis Wydziału powiatowego w Chrzanowie z dn. 30 lipca 1921 L. 1935 i Dr Bednarskiego, lek. okręg. w Alwerni, z dn. 10 czerwca 1921 L. 58 z prośbą o przyśpieszenie załatwienia tutejszego wniosku co do regulacji płac lekarzy okręgowych, przedłożonego tutejszą relacją z dnia 26 listopada 1920 L. O. U. Z. 24649/20. Nie wątpimy w życzliwość i przychylność O. U. Z i Min. Zdr. Publ. ale sprawa zanadto długo się wlecze i lekarze okręgowi widzą, że skutku ich starania i zabiegi żadnego nie odnoszą, a przecież wiedzieć nie mogą, gdzie leży przyczyna tej opieszałości i zwracają się wprost całkiem naturalnie jedynie do swoich Władz. Wyczerpali już wszystkie prawne drogi, a mój artykuł jedynie i głównie miał na celu, by sprawę lekarzy okręgowych popchnąć z martwego punktu i by ogół się dowiedział, jak sprawa lek. okręg. stoi — cieszy mię więc, że już pierwszy dr. Mikołajski głos zabrał, tylko niepotrzebnie trochę w tonie rozdrażnionym. Co do ostatniej uwagi dr. Mikołajskiego w formie admonicji pod adresem lekarzy okręgowych, to zaznaczyć muszę, że lekarze okręgowi doskonale znają przepisy i ustawy sanitarne, tylko trudno od nich żądać, by za marną płacę, za ponoszenie z własnej kieszeni opłat pocztowych, za papier, druki, koperty za nędzne djety, nie stojące w żadnej mierze do dzisiejszej drożyzny i do gruntu zmienionych stosunków stosowali się i wykonywali polecenia Władz. Do pracy, za którą samemu wyżyć nie można, nikt zgoła nikogo zmusić nie może, chyba terorem i gwałtem i lekarze okręgowi czekać będą jeszcze cierpliwie jakiś czas, czy sprawa regulacji ich płac w jak najkrótszym terminie nastąpi. Pragnąłbym, by, o ile Szan. Redakcja Czasopisma lek. łamy swe otworzy, zapisało się do głosu w sprawie lek. okręgowych więcej kolegów. Dr. *Józef Bednarski*, Sekr. Związku lek. okr. Małopolski

Św. p. Aleksander Stromfeld.

Wspomnienie pośmiertne.

Św. p. Aleksander Stromfeld, urodzony w r. 1840, był wychowańcem b. Akademji Medyko-chirurgicznej i Szkoły Głównej Warszawskiej.

Brał czynny udział w organizacji powstania w roku 1863, wskutek czego był aresztowany i więziony w cytadeli, razem z Jeziorańskim. Osiadłszy później, jako lekarz-praktyk w Mławie, rozwinął tam niezmiernie dodatnią działalność społeczną, dążącą do uzdrowotnienia i podniesienia miasta i jego kultury wogóle.

Osobiste przymioty Zmarłego, a zwłaszcza zacność charakteru i wielka skromność, cechująca Go do zgonu, zjednały Mu wielkie uznanie okolicznego obywatelstwa i mieszkańców Mławy. Gdy opuszczał miasto, żegnano Go z żalem: pierwsi ofiarowali Mu na pamiątkę złoty puhar — a miasto dyplom honorowy.

W Warszawie zajmował ś. p. Stromfeld przez lat wiele stanowisko lekarza przy Urzędzie Zdrowia i, pomimo nader ciężkich ówczesnych warunków współpracy z władzami i otaczającemi go osobistościami, przechował nieskazitelność charakteru i świadczył ludziom wiele dobrego.

W uczczeniu tych zasług został w r. 1918 członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Tytułem tym obdarzono wówczas kilkunastu lekarzy, członków Towarzystwa, którzy odznaczyli się nietyle pracami naukowemi, ile na polu działalności społecznej i narodowej, oraz kilku uczestników powstania styczniowego.

Ostatnie lata spędził ś. p. Stromfeld w zaciszu domowego ogniska, a wierny Swej skromności, wyraził przed śmiercią życzenie, aby pogrzeb odbył się jak najciszej. bez ogłoszeń, nabożeństwo żałobne zaś w oktawę zgonu. Rodzina zastosowała się do woli Zmarłego, a koledzy i przyjaciele dowiedzieli się dopiero wtedy o Jego śmierci.

Cześć Jego pamięci. *J. Pawiński.*

Wiadomości bieżące.

W skład Komitetu redakcyjnego miejscowego naszego pisma w Warszawie wchodzą, prócz przewodniczącego prof. Hornowskiego, prof. Czubalski, doc. Janowski i dr Szumlański; w Łodzi zaś, prócz przewodniczącego dra S. Sterlinga, dr. A. Mikulski, dyrektor Szpitala, dr. S. Skalski, dyr. wojew. Urzędu zdrowia, doc. F. Venulet, dyr. państw. zakładu epidemjologicznego.

Przewodniczącymi komisji redakcyjnej zostali wybrani przez Towarzystwo lekarskie w Krakowie prof. Ciechanowski i Lenartowicz, we Lwowie prof. Nowicki.

Kraków.

Przewodniczącym Tow. lekarskiego na rok 1922 został wybrany dr. Bruno Wojciechowski.

Lwów.

Przewodniczącym Tow. lekarskiego lwowskiego został wybrany prof. Marjan Franke.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji zwraca się do swych członków z prowincji, by jak najrychlej wyrównali zaległe wkładki za IV kwartał z ubiegłego roku w wysokości 1200 Mkp. jak również, aby wkładkę za I. kwartał 1922 r. zechcieli nadsyłać z góry pod adresem skarbnika Towarzystwa (Dr, Trzecieciecki, Asnyka 1). Wkładka za I. kwartał 1922 wynosi 2000 Mp., w co wchodzi już opłata za pismo, koszta administracyjne, jakoteż pogłówne na wdowy i sieroty. W miarę spadku cen druku i papieru wkładka ulegnie odpowiedniej redukcji.

Zalegającym z wkładkami wysyłanie pisma będzie bezwarunkowo wstrzymane.

Towarzystwo lekarskie lwowskie. Wkładka na rok 1922 wynosi 2000 Mp. kwartalnie. Towarzystwo opłaca za członków Polską Gazetę lekarską. Wkładka ma być uiszczona z góry w pierwszych dwóch miesiącach każdego kwartału.

Skarbnik urzęduje przed każdem posiedzeniem od godziny $5^3/_4$. Można też przesyłać pocztą pod adresem: Prof. Dr. Zalewski, Sykstuska 49.

Z dniem pierwszym trzeciego miesiąca kwartału na zalegające wkładki wysłane będą listy zaliczkowe z doliczeniem 100 Mp. za każdy kwartał.

Wydział Lwowskiego Tow. higienicznego, które z powodu wypadków związanych z wojną światową zawiesiło czasowo swoje czynności, postanowił w r. 1922 podjąć swoją działalnośc i w tym celu zaprasza swych członków na Walne Zebranie, które odbędzie się dnia 10. stycznia 1922 r. tj. w wtorek o godz. 5-tej wieczorem w sali Polikliniki przy ulicy Lindego l. 5. Zaprasza również Wydział na to zebranie, wszystkie te osoby ze sfer lekarskich, technicznych i nauczycielskich, które rozumieją i należycie oceniają doniosłość zadań Towarzystwa higjenicznego, zwłaszcza w dobie budowania życia państwowego wolnego narodu. Na porządku dziennym będzie zdanie sprawy z działalności Towarzystwa higjenicznego od ostatniego Walnego Zgromadzenia w r. 1913 odbytego — omówienie najpilniejszych zadań Towarzystwa, tudzież przeprowadzenie wyborów nowego Wydziału.

Za sekretarza:	Zast. Prezesa:
Dr. Jan Opieński w. r.	*Dr. Mikołajski* w. r.

Towarzystwo lekarskie lwowskie 1922. I. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 13. b. m. w Poliklice (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) kol. Musiał, Strzałkowski; Przedstawienie chorych. 2. a) kol. Allerhand: Wrodzony brak zębów z pokazami (wykład); b) kol. Bocheński: Postępowanie przy łożysku przodującem ze szczególnem uwzględnieniem cięcia cesarskiego z przedstawieniem chorej. (Wykład).

Kmietowicz	*Franke*
sekretarz.	przewodniczący.

Warszawa.

Konferencja w sprawie zwalczania duru osutkowego na obszarze m. Warszawy odbyła się dnia 31. z m. w Ministerstwie Zdrowia Publicznego pod przewodnictwem kierownika tegoż Ministerstwa dr. Witolda Chodzki, W konferencji tej uczestniczyli dr. G. Sztolcman, kierownik Nacz. Nadzw. Komisarjatu do spraw walki z epidemjami p. W. Bożęcki, komisarz rządowy na m. st. Warszawę, dr. Swiętochowski, naczelny lekarz Ministerjum Kolei Żelaznych, oraz dr. Henryk Trenkner, nadzw. komisarz do spraw walki z epidemjami na terenie Warszawy oraz powiatu warszawskiego. Wynikiem konferencji było ustalenie zasad rozporządzenia, jakie wyda w najbliższym czasie komisarz rządu na m. Warszawę w sprawie tłumienia epidemji. Rozporządzenie przewiduje wysokie kary administracyjne za zaniedbanie przepisów sanitarnych.

Z Małopolski.

Według spóźnionego, doręczonego nam pisma z datą 17 grudnia z r. Zgromadzenie lekarzy powiatu drohobyckiego uchwaliło jednomyślnie protest przeciw projektowi ustawy o Izbach lek. i wykonywaniu praktyki lekarskiej, i przedsięwzięcie kroków celem zapobieżenia uchwaleniu tejże ustawy. (Jak wiadomo ustawa została już uchwalona. Red.)